



TRAUMATISOITUNEIDEN LASTEN AUTTAMINEN HOITOTYÖN KEINAIN

Jonna Huttunen

Salla Seikku

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HUTTUNEN, JONNA & SEIKKU, SALLA:
Traumatisoituneiden lasten auttaminen hoitotyön keinoin

Opinnäytetyö 77 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön keinoja traumatisoituneiden lasten auttamiseksi. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena, jotta mukaan saatiin mahdollisimman paljon hoitotyötä koskevaa tietoa. Aineisto kerättiin 14 elektronisesta tietokannasta sekä manuaalisesti muusta kirjallisuudesta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.

Opinnäytetyössä keskityttiin tyypin II traumaan eli toistuviin ja jatkuviin traumaan, jotka usein liittyvät ihmisten välisiin suhteisiin. Tällaisia ovat esimerkiksi perheväkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Vakavan traumatisoitumisen aiheuttajia ja seurauksia tunnetaan, mutta tutkittu tieto hoitotyön keinoista traumatisoituneiden lasten hoidossa on vähäistä.

Tulosten perusteella traumatisoituneiden lasten hoidossa on huomioitava useita asioita samanaikaisesti. Hoitotyön perustana on hoitosuhdetyöskentely ja usein tarpeen on myös osastohoito hoitomuotona. Lapsen vanhempien mukana olo on oleellinen osa onnistunutta hoitoa, jotta hoidon hyödyt ylettyisivät myös lapsen arkeen ja traumatisoitumisen kierre saataisiin katkaistua. Hoidon aikana lapsen kanssa harjoitellaan psyyken hallintakeinoja, tunne- ja sosiaalisia taitoja sekä tuetaan lapsen identiteetin rakentumista ja itsetuntoa. Traumoja käsitellään verbaalisin ja nonverbaalisin keinoin vaihteittain rakennettavan traumanarratiivin avulla ja lapselle opetetaan turvallisuustaitoja uudelleen traumatisoitumisen ehkäisemiseksi. Hoitaja toteuttaa psykoedukaatiota läpi hoitoprosessin. Traumatisoituneita lapsia hoidettaessa on huomioitava ikätaso ja yksilöllisyys valittaessa sopivaa tapaa kohdata ja auttaa lasta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli koota tutkittua tietoa aiheesta hoitajille, jotta he voisivat perustella toimintaansa ja kehittää lasten psyykkisten traumojen hoitoa edelleen. Opinnäytetyö osoittaa selvän tarpeen aiheeseen liittyvälle tutkitulle hoitotyön tiedolle. Jatkossa tulisikin pyrkiä kehittämään tutkimusmenetelmiä erilaisten hoitotyön interventioiden arvioimiseksi ja tutkia erilaisten terapeuttien menetelmien käytettävyyttä hoitajien työkaluina lasten traumatisoitumisen hoidossa. Lisäksi tulisi edelleen tutkia neurobiologisen ja -psykologisen tiedon sovellettavuutta lasten traumojen hoidossa hoitotyön näkökulmasta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HUTTUNEN, JONNA & SEIKKU, SALLA:
Helping Traumatized Children through Nursing Interventions

Bachelor's thesis 77 pages, appendices 10 pages
October 2013

The purpose of this study was to gather information about nursing interventions of helping traumatized children. The study was implemented via a method of integrative literature review in cooperation with the representatives of the Pirkanmaa Hospital District. The data were analyzed by means of qualitative content analysis.

The results indicated that a therapeutic relationship is essential for helping traumatized children and that inpatient care is often necessary. Nurses work with children to train their abilities of emotion regulation, social skills and self-development. The results suggested that it is important to involve parents in the treatment and provide psychoeducation for them as well as the child throughout the treatment. It is essential to work gradually towards coherent trauma narrative.

The goal of this study was to provide nurses with information about how to help traumatized children. With this information nurses are able to validate their work and develop nursing practice of traumatized children.

Further studies on for example how to integrate neurobiological knowledge into nursing practice, could give important information and provide us with better understanding of different prospects in treatment of traumatized children. Developing research methods and gathering evidence based information on the subject creates a challenge for the future.

Key words: trauma, traumatization, child, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Lapsen traumatisoituminen	10
3.1.1	Psyykkisen trauman tyypit	10
3.1.2	Suojaavat tekijät, riskitekijät ja lapsen haavoittuvuus	10
3.2	Traumatisoitumisen aiheuttajat	11
3.2.1	Lasten kaltoinkohtelu	11
3.2.2	Muita traumatisoitumisen aiheuttajia	13
3.3	Traumatisoitumisen seuraukset	15
3.3.1	Traumatisoitumisen vaikutukset eri ikäkausina	15
3.3.2	Diagnosoinnin ongelmat	16
3.3.3	Vakava traumaperäinen stressihäiriö ja sen seuraukset	17
3.3.4	Dissosiaatio	19
3.4	Lastenpsykiatrisen hoidon periaatteita	21
4	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	22
4.1	Integroitu kirjallisuuskatsaus	22
4.2	Aineistonkeruu	25
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	26
5	TULOKSET	29
5.1	Hoito osastolla	29
5.1.1	Terapeuttinen hoitosuhde	29
5.1.2	Osasto hoitoympäristönä	31
5.2	Psykoedukaatio	33
5.2.1	Lapsen ja vanhemman yhteinen psykoedukaatio	33
5.2.2	Vanhemman psykoedukaatio	34
5.3	Vanhempaan kohdistuvat interventiot	35
5.3.1	Vanhempi osana hoitoa	35
5.3.2	Vanhemman ohjaus lapsen käyttäytymisen hallitsemiseksi	37
5.3.3	Kiintymyssuhteen korjaaminen	38
5.4	Coping- eli hallintakeinot	39
5.4.1	Myönteinen ajattelu ja rentoutustaidot	40
5.4.2	Kognitiiviset coping-keinot	41
5.4.3	Dissosiaation käsittely	42
5.5	Tunnetaidot	43
5.5.1	Tunteiden tunnistaminen	43

5.5.2 Tunteiden ilmaiseminen.....	44
5.5.3 Tunteiden hallitseminen.....	45
5.6 Identiteetin ja itsetunnon tukeminen	45
5.6.1 Identiteetin tukeminen.....	45
5.6.2 Itsetunnon tukeminen.....	46
5.7 Sosiaaliset taidot ja ryhmähoito.....	46
5.7.1 Yksilöllinen harjoittelu	47
5.7.2 Ryhmähoito	48
5.8 Trauman integrointi.....	49
5.8.1 Traumanarratiivi.....	49
5.8.2 Toiminnallisuus trauman käsittelyssä	51
5.9 Turvallisuuksaidot	53
6 POHDINTA.....	55
6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	55
6.2 Yhteenveto	58
6.3 Jatkotutkimusehdotukset	60
LÄHTEET	62
LIITTEET	68

1 JOHDANTO

Traumatisoituminen on merkittävä lapsen kehitystä vaarantava tekijä. Tutkimusten mukaan yli 2/3 lapsista kokee vähintään yhden trauman ennen 16 vuoden ikää (Pojula 2007, 40). Trauma mielletään usein äkilliseksi kriisiksi esimerkiksi onnettomuuden seurauksena. Vakavampia seurauksia aiheuttavat kuitenkin toistuvat traumat lapsen arkielämässä, kuten lapsen kokema kaltoinkohtelu tai seksuaalinen väkivalta (van der Kolk 2005, 402). Nykyään pidetään jopa todennäköisempänä, että lapsi on kohdannut toistuvia traumoja kuin yksittäisen trauman (Cloitre ym. 2011, 615).

Kun lapsi saa ajoissa oikein kohdennettua hoitoa, voidaan ehkäistä trauman haitallisten vaikutusten jatkumista aikuisuuteen (Cook ym. 2005, 397). On esimerkiksi todettu, että rikoksenteijöiden taustalla on lähes poikkeuksetta hoitamaton trauma ja että väkivaltaa lapsuudessaan kokenut vanhempi herkästi pahoinpitelee omia lapsiaan jatkaen traumatisoitumisen kierrettä. Lapsena väkivaltaa kokeneet solmivat myös muita useammin aikuisena väkivaltaisista parisuhteista. (Haapasalo 2008, 38–42.)

Amerikkalaisen National Center for Child Traumatic Stress -yhdistyksen teettämän tutkimuksen mukaan mielenterveystyön ammattilaiset selkeästi tarvitsevat toimivampia toimintamalleja ja työkaluja työskennellessään kompleksisesti traumatisoituneiden lasten parissa (Spinazzola ym. 2005, 439). Suomessa myös Salenius ja Salanterä (2009) ovat tutkineet hoitotyötä lastenpsykiatrisilla osastoilla ja todenneet hoitotyön siellä suurelta osin intuitiiviseksi toiminnaksi. Heidän mukaansa tarvetta olisi näyttöön perustavalle tiedolle hoitotyön perustelemiseksi. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena olikin selvittää tutkitun tiedon perusteella lasten psyykkisten traumojen hoitotyön keinoja. Myös työelämätahona toimiva Pirkanmaan sairaanhoitopiiri toivoi koottua tutkittua tietoa sairaanhoitajien työskentelyn tueksi ja hoitotyön kehittämiseksi. Lisäksi tekijöiden oma ammatillinen kiinnostus ohjasi tämän aiheen valintaan.

Opinnäytetyössä keskityttiin lasten toistuviin eli tyypin II traumoihin, koska traumakirjallisuudessa näiden hoidosta on vähemmän tietoa verrattuna yksittäisten traumojen kriisihoitoon. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa käsitellään traumatisoitumisen ilmenemistä lapsella, sen aiheuttajia ja seurauksia sekä hoitotyön periaatteita lastenpsykiatriassa hoidossa. Tulososio käsittelee lasten traumatisoitumisen hoitoa. Opinnäytetyö

toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena, jotta saataisiin mahdollisimman kattava näkemys hoitotyön keinoista traumatisoituneiden lasten auttamiseksi.

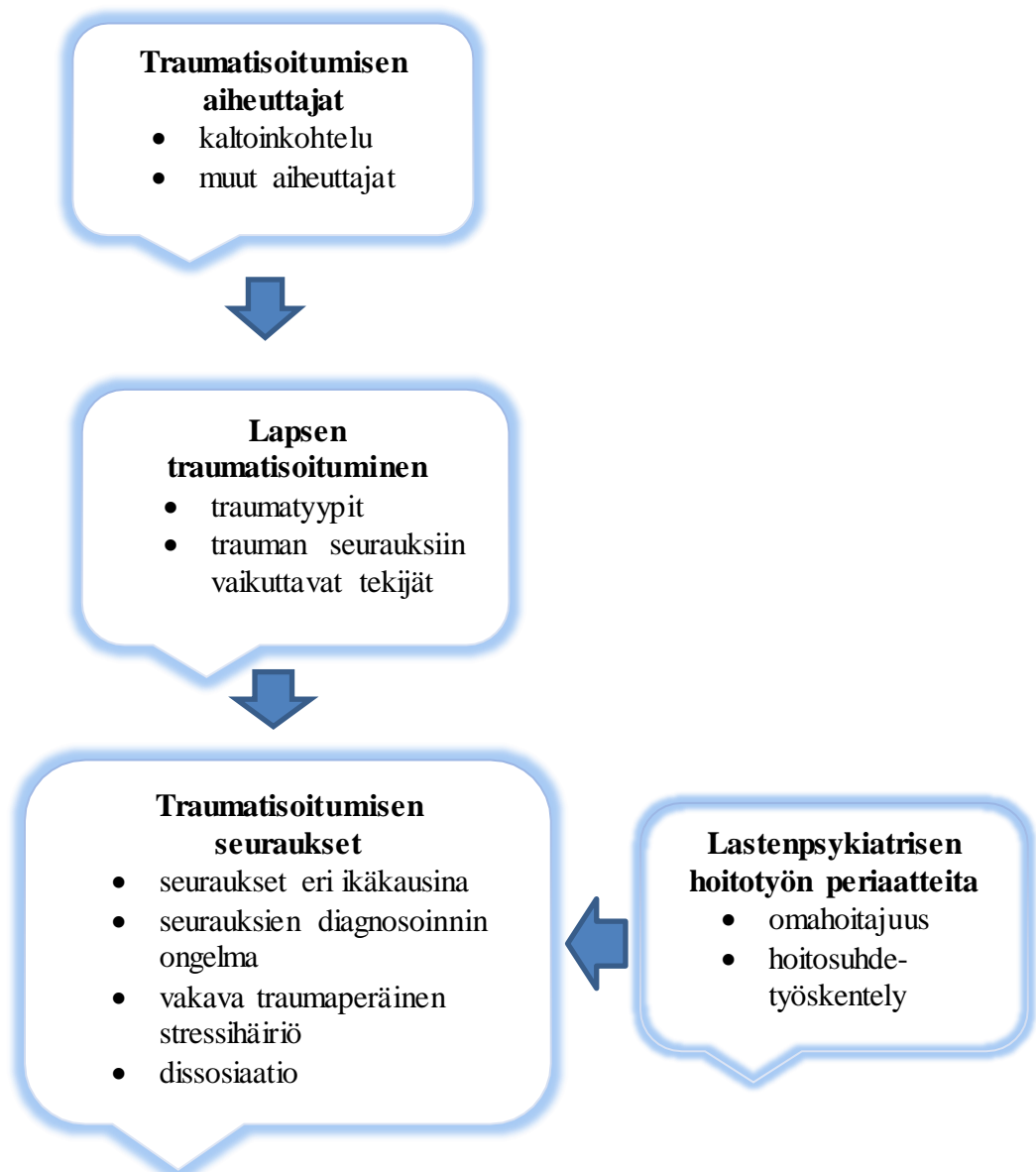
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön keinoja traumatisoituneiden lasten auttamiseksi.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa hoitajille traumatisoituneiden lasten hoidosta. Tiedon avulla hoitajat voivat perustella toimintaansa ja kehittää lasten psyykkisten traumojen hoitotyötä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisen lähtökohdan keskeisiä käsitteitä ovat traumatisoitumisen aiheuttajat, lapsen traumatisoituminen ja traumatisoitumisen seuraukset sekä lastenpsykiatrisen hoidon periaatteet. Nämä käsitteet on koottu kuvioon alle (kuvio 1). Opinnäytetyön aiheen kannalta on tärkeää selvittää lasten traumatisoitumisen taustaa, sillä voidakseen ymmärtää psyykkisen trauman hoitotyötä, pitää ymmärtää myös traumatisoitumisen syntyyn ja sen seurauksiin liittyviä tekijöitä.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettisen lähtökohdan keskeiset käsitteet

3.1 Lapsen traumatisoituminen

3.1.1 Psyykkisen trauman tyypit

Psyykkiset traumat voidaan jakaa kahteen tyyppiin. Tyypin I trauma seuraa yleensä äkinäisestä, yllättävästä ja lapsen maailmaa järjestyttävästä tapahtumasta, jollainen voi olla esimerkiksi eläimen hyökkäyksen kohteeksi joutuminen. Tapahtumaa kuvaa kertaluonteisuus. Tyypin II traumassa oleellista on jatkuvuus ja toistuvuus. Tällaisia traumoja ovat esimerkiksi lapsen kokema jatkuva perheväkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Tyypin II trauma liittyy usein ihmisten välisiin suhteisiin tehden siitä entistä haavoittavamman lapselle. Tällainen trauma alkaa tavallisesti jo varhaislapsuudessa ja vaikutukset kantavat usein pitkälle aikuisikään. Kakkostyypin traumasta kärsivät lapset eivät yleensä spontaanisti tuo esiin kokemuksiaan puhumalla ja he saattavat vaikuttaa päälle päin tunnekylmiltä. Traumatisoituminen voi näkyä heidän toistuvissa käyttäytymistavoissaan, leikeissään tai ilmentyä pelkoina. (Terr 2003, 329; van der Kolk 2005, 405.)

Tyypin II traumasta voidaan käyttää myös nimityksiä kompleksi trauma (complex trauma) tai kehityksellinen trauma (developmental trauma), jolla korostetaan trauman lapsuuden aikaisia vaikutuksia. Amerikkalainen tutkijaryhmä viittaa samaan asiaan myös interpersonal victimization -käsitteellä, joka tarkoittaa erityisesti perhesuhteissa tapahtunutta väkivaltaa ja kaltoinkohtelua. (Terr 2003, 329; van der Kolk 2005, 405–406.) Opinnäytetyössä keskitytään II tyypin trauman käsittelyyn, mutta on hyvä huomioida, että toisinaan traumatyyppit ilmenevät yhdessä, ja esimerkiksi syvällä tyypin I traumalla voi olla kauaskantoisia, tyypin II trauman kaltaisia oireita (Terr 2003, 331).

3.1.2 Suojaavat tekijät, riskitekijät ja lapsen haavoittuvuus

Trauman vaikutukset ovat eri ihmisillä erilaisia. Toiset selviävät kauheista tapahtumista vähäisin vaurioin, toisilla tapahtumat vaikuttavat raskaasti koko loppuelämän ajan. Lapsen traumalle altistumisen seurauksiin vaikuttaa muun muassa lapsen henkilökohtaiset suojaavat tekijät ja riskitekijät. Lapsen suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi vanhemmuuden tasolla hyvä vanhemmuuden laatu ja hoitajien saatavilla olo. Lapseen itseensä liittyen suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi positiivinen minäkuva, ongelmanratkaisukyky, kyky saavuttaa positiivista huomiota, kyky olla itsenäinen ja etsiä uusia koke-

muksia sekä optimistinen näkökulma. Riskitekijöitä ovat esimerkiksi lapsen vamma tai sairaus, vanhempien mielenterveysongelmat sekä perheen kommunikaatio-ongelmat. (Peltonen 2011a.)

Suojaavilla ja riskitekijöillä on vaikutusta lapsen resilienssiin eli sietokykyyn tai kykyyn selviytyä psyykkisesti vaikeissa tilanteissa. Resilienssi syntyy normaalien sopeutumisprosessien, kuten käyttäytymisen säätelyn kautta vuorovaikutuksessa huoltajien ja ympäristön kanssa, jolloin varhaislapsuuden traumat luovat vakavan uhkan lapsen selviytymiselle elämässä. Toisaalta pystyessään käsittelemään ja selviytymään koettelemuksesta lapsi saa tapahtumasta ikään kuin rokotteen tulevia vastoinkäymisiä vastaan. (Peltonen 2011a.)

Usein lapsen haavoittuvuutta lisää se, ettei hänellä ole käytettävissään aikaisempia kokemuksia, hänen psyykkiset puolustusmekanisminsa ovat kehittymättömiä ja tavalliset kehityskriisit kulkevat rinnalla samanaikaisesti. Myös sekä fyysinen että psyykkinen ja emotionaalinen riippuvuus huoltajista altistaa lasta vakaville trauman seurauksille. Lapsen selviytymiselle traumasta on suuri merkitys sillä, miten huoltajat reagoivat lapsen kokemuksiin ja saako hän heiltä tukea, sillä trauman vakavuuteen vaikuttaa itse traumatisoivan tapahtuman lisäksi lapsen oma ymmärrys ja käsitys tapahtuman vakavuudesta (Pojjula 2007, 44). Lapsi tarvitsee aikuisen apua asioiden käsittelyyn ja ehyen tarinan luomiseen. Luonnollisesti mahdollisuudet tähän ovat vähäiset tilanteessa, jossa vanhemmat ovat sekä trauman aiheuttajia että jättävät lapsen selviytymään yksin. Trauma rikkoo lapsen kehittyvän psyyken perustan, jolloin lapsen voimavarat kuluvat selviytymiseen ja resurssit eivät riitä normaaliin kasvuun ja kehitykseen. (Punamäki 2008, 11; Peltonen 2011a.)

3.2 Traumatisoitumisen aiheuttajat

3.2.1 Lasten kaltoinkohtelu

Lasten kaltoinkohtelua käytetään yläkäsitteenä lapseen kohdistuvista väkivallan ja laiminlyönnin muodoista. Kaltoinkohtelu voi kohdistua suoraan itse lapseen tai epäsuorasti esimerkiksi toiseen perheenjäseneseen kohdistuvan väkivallan kautta. Kaltoinkohtelulla on monta muotoa ja ne esiintyvät usein yhtä aikaa. Lapseen kohdistuva väkivalta voi-

daan esimerkiksi eritellä fyysiseen, seksuaaliseen ja psyykkiseen väkivaltaan, joilla kaikilla on tyypilliset piirteensä. (Paavilainen & Flinck 2008, 4-5.)

Fyysiseen väkivaltaan katsotaan nykyään kuuluvaksi kaikki ruumiillinen kuritus, jonka seurauksena lapselle aiheutuu kipua sekä tilapäistä tai pysyvää toiminnanhaittaa, kuten mustelmia, naarmuja, palovammoja tai murtumia. Fyysinen väkivalta käsittää myös kemiallisen väkivallan, jossa lapselle esimerkiksi annetaan huumaaavaa lääkettä, jotta hän nukkuisi. Vaihtoehtoisesti voidaan jättää antamatta lapselle hänen tarvitsemiaan lääkkeitä tai noudattamatta hänelle suunniteltua ruokavaliota. (Kallio & Tupola 2004, 88–96; Paavilainen & Flinck 2008, 4-5.) Eräänlainen fyysisen väkivallan muoto on myös syndrome Munchausen by proxy, jossa lapsen huoltaja aiheuttaa lapselle tahallisesti vahinkoa tai sepittää oireita saadakseen huomiota terveydenhuollossa (Sorri 2006, 538–539).

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö tarkoittaa lapsen altistamista ikään kuulumattomalle seksuaalisuudelle. Tämä voi tarkoittaa lapsen ruumiillista koskemattomuutta loukkaavaa tekoa, kuten sukupuoliyhteyden yrittämistä ja lapsen sukupuolielinten koskettelua tai vaihtoehtoisesti lapsen johdattamista aikuisen sukupuolielinten kosketteluun. Hyväksikäyttöön sisältyy myös lapsen altistaminen ikään kuulumattomille seksuaalisille ärsykkeille, kuten seksin harrastaminen lapsen nähden tai pornografisten elokuvien näyttäminen. Lapsen sopimaton tirkistely ja käyttäminen pornografisissa julkaisuissa laskeaan myös seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Hyväksikäyttäjä voi olla lapsen vanhempi tai muu läheinen aikuinen, sisarus, ystävä tai lapselle täysin vieras henkilö. Seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyy usein syyllisyydentuntemuksia, salaisuuden vaalimisen pakkoa ja petetyksi tulemisen tunteita. Psyykkiselle kehitykselle haitallisinta hyväksikäyttö on silloin, kun se jatkuu pitkään ja tekijä on joku lapselle läheinen henkilö. (Salo & Ståhlberg 2004, 102–104; Paavilainen & Flinck 2008, 5.)

Psyykkistä väkivaltaa eli emotionaalista kaltoinkohtelua esiintyy lähes aina rinnakkain fyysisen ja seksuaalisen väkivallan kanssa. Yksin esiintyessään se on usein vaikea tunnistaa, mutta sen vaikutukset lapsen psyykkiselle kehitykselle ovat usein jopa pahemmat kuin esimerkiksi fyysisessä väkivallassa. Psyykkistä väkivaltaa voidaan kuvailla käyttäytymismalliksi, jossa lapselle annetaan käsitys, että hän on kelvoton ja pystyy saavuttamaan vanhemman arvostuksen vain tyydyttämällä hänen tarpeitaan. Lasta voidaan esimerkiksi nöyryyttää muiden nähden, uhkailla vahingoittamisella tai kieltää yhtey-

denpito kodin ulkopuolisiin ihmisiin. (Sinkkonen 2004, 76–79; Paavilainen & Flinck 2008, 5.)

Laiminlyönti tarkoittaa lapsen perustarpeiden riittämätöntä fyysistä tai emotionaalista hoitoa, mikä aiheuttaa lapselle merkittäviä fyysisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä seurauksia. Valitettavasti laiminlyönti usein tunnistetaankin vasta siinä vaiheessa, kun lapselle on jo kehittynyt vaikeita psykososiaalisia oireita. Fyysinen laiminlyönti tarkoittaa lapsen fyysisten tarpeiden laiminlyömistä, jolloin hän ei saa riittävää ravitsemusta, hänen hygieniastaan ei huolehdita tai hänet esimerkiksi jätetään yksin oloihin, joissa hän ei kykene omien taitojensa avulla selviytymään. Emotionaalisessa laiminlyönnissä lapsi puolestaan jää ilman rakastamisen, hyväksynnän ja arvostuksen osoituksia. Häntä ei esimerkiksi kohdella ikätasoonsa nähden asianmukaisesti tai häneen kohdistetaan vihamielisyyttä ja halveksuntaa. Laiminlyönnin piiriin kuuluu myös lapsen lääketieteellisen hoidon laiminlyönti sekä koulutuksellinen laiminlyönti jättämällä esimerkiksi käyttämättä koulun tarjoamia tukiratkaisuja lapsen oppimisen edistämiseksi. (Söderholm 2004, 59–63.) On hyvä muistaa, että vahingollinen laiminlyönti edellyttää lapsen tarpeiden tahallista huomiotta jättämistä, jolloin esimerkiksi köyhissä oloissa elävä lapsi ei automaattisesti ole laiminlyönnin kohde (Krug ym. 2005, 79).

3.2.2 Muita traumatisoitumisen aiheuttajia

Tyypin II traumat ovat useimmiten kaltoinkohtelun kaltaisen pitkäaikaisen ja ihmisten väliseen kontaktiin liittyvän traumatisoitumisen seurausta. On kuitenkin otettava huomioon, että myös yksittäiset lapsen maailmaa järjestyttävät tapahtumat, kuten läheisen kuolema, somaattiset sairaudet, suuronnettomuudet sekä sodat, voivat aiheuttaa pitkäkestoisia vaikutuksia ja saada lapsen oireilemaan kompleksille traumalle tyypillisellä tavalla. (Terr 2003, 329, 331.)

Läheisen ihmisen kuolema on raskaimpia menetyksiä, jonka lapsi voi joutua kohtaamaan. Varsinkin kuoleman tullessa äkillisesti traumatisoitumisen vaara on suuri, sillä lapsen maailma muuttuu yhtäkkiä täysin erilaiseksi ja turvattomaksi. Lapset käsittelevät suruaan yksilöllisesti riippuen esimerkiksi kehitystasestaan, temperamentistaan ja aikaisemmista kokemuksistaan. Jokainen lapsi tarvitsee kuitenkin yhtäläillä aikuisten apua surunsa käsittelemiseen ja jos asianmukaista apua ei ole saatavilla, on mahdollista,

että suru voimistuessaan ja pitkittyessään muuttuu komplisoituneeksi traumaattiseksi suruksi. Tällöin on kyse psykiatrisesta häiriöstä, joka vaatii pidempiaikaista hoitoa. (Poijula 2007, 94, 108–110, 128–130.)

Akuutilla sairastumisella, kroonisilla somaattisilla sairauksilla sekä lääketieteellisillä toimenpiteillä on lähes poikkeuksetta vaikutusta myös lapsen psyykkiseen vointiin ja monesti nämä vaikutukset ovat pitkäkestoisia ja vakavia. Vaikka lapsi ei tietoisella tasolla järkyttyisi esimerkiksi leikkauksesta tai toimenpiteestä, saattaa hänen elimistönsä pitää tapahtumaa henkeä uhkaavana ja aiheuttaa siten traumaattisen reaktion. Toistuvien lääketieteellisten toimenpiteiden sekä kroonisen sairauden on todettu vaikuttavan lapsen kehitykseen, minäkuvaan sekä emotionaaliseen tilaan. Esimerkiksi pitkä vuodelepo on johtanut joillakin lapsilla taantumiseen sekä tic-liikkeiden eli pakonomaisten lyhytkestoisten lihasliikkeiden lisääntymiseen. (Barker 2004, 140–142; Moilanen 2004, 357; van der Kolk 2005, 402; Levine & Frederick 2008, 65.)

Suuronnettomuus on tapahtuma, joka sattuu yllättäen ja koskettaa suurta ihmisjoukkoa. Se voi olla ihmisen aiheuttama, kuten bussi- ja lento-onnettomuudet tai luonnon aiheuttama, kuten maanjäristykset ja hirmumyrskyt. Suuronnettomuus on aina järkyttävä tapahtuma sen kokevalle ja se aiheuttaa lähes jokaiselle stressireaktioita. Lapselle se on usein erityisen hämmentävä ja traumaattinen kokemus. Hän saattaa menettää perheenjäsenensä tai kotinsa tai esimerkiksi itse loukkaantua vakavasti. Aikuisten huolehtiessa ruumiillisista vammoista ja omaisuuden vaurioista, saattaa lapsen psyykkisen tuen tarve jäädä tunnistamatta ja hoitamatta. (Poijula 2007, 281–284.) Vuonna 1995 Japanissa tapahtuneen tuhansia ihmishenkiä vaatineen Kobe-maanjäristyksen jälkeen tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin sen kokeneiden kouluikäisten lasten reaktioita. Tulokset osoittivat, että varsinkaan nuoremmilla lapsilla ei ollut tarvittavaa kykyä käsitellä katastrofin aiheuttamaa stressiä ja he kokivat masennusta ja somaattisia tuntemuksia vielä vuoden kuluttua maanjäristyksestä. (Uemoto ym. 2012, 243, 250.)

Kuten katastrofien, myös sodan ja terrorismin vaikutusta lasten traumatisoitumiseen on alettu vähitellen tutkia enemmän. Sota-aikana lapset joutuvat kohtaamaan monia traumaattisia asioita, kuten väkivaltaa ja läheisten kuolemia, mutta näiden lisäksi myös nälkähätä ja sairaudet hallitsevat heidän elämäänsä. Sotaoloissa eläminen johtaa usein tyypin II trauman muodostumiseen, sillä lapsi joutuu elämään pitkiä aikoja pelossa ja epävarmuudessa. Huonot elinolot, läheisten kärsimyksen näkeminen ja jatkuva turvat-

tomuus vaikuttavat lasten psykologiseen kehitykseen ja aiheuttavat moninaisia psyykkisiä ongelmia, jotka ilman hoitoa saattavat vaikuttaa vielä seuraavaan sukupolveenkin. (Joshi, O'Donnell, Cullins & Lewin 2006, 53–56; Peltonen 2011b, 10–12, 40.)

3.3 Traumatisoitumisen seuraukset

3.3.1 Traumatisoitumisen vaikutukset eri ikäkausina

Punamäki (2008) on tutkinut trauman vaikutuksia lapseen eri ikä- tai kehitysvaiheissa ja verrannut keskenään normaaleja keskeisiä kehitystehtäviä ja trauman vaikutuksia niihin. Vauvaiässä lapsen keskeisiä tehtäviä on suhteen luominen hoitavaan aikuiseen ja ympäristön tutkiminen. Kiintymyssuhteen laatu kuitenkin kärsii trauman vaikutuksesta johtuen välttelevään tai ristiriitaiseen kiintymyssuhteeseen. Lapsi kokee turvattomuutta ja reagoi traumaattisiin tapahtumiin joko ylivirittyneisyydellä tai dissosioimalla eli niin sanotusti vetäytymällä omaan maailmaansa. (Punamäki 2008, 6–7.)

Varhaislapsuudessa lapsi tavallisesti oppii ottamaan toiset huomioon, ilmaisemaan ja kontrolloimaan tunteitaan. Myös empaattisuus, kyky ymmärtää toisten ajattelua sekä autobiografinen eli omaelämäkerrallinen muisti kehittyvät. Trauman kohdatessaan lapsen normaali kehitys tunteiden ja impulssien hallitsemiseksi kärsii ja lapsen voi olla vaikea kontrolloida esimerkiksi aggressioitaan. Lapsen on vaikea ymmärtää esimerkiksi vanhemman käyttämää fyysistä väkivaltaa ja hän menettää hallinnan tunteensa. Taantumisen jo opituissa asioissa on tavallista. Symbolinen ilmaisu vähenee ja trauma voi näkyä lapsen leikeissä rituaalisena toistamisena, uhkaavana ilmapäirinä ja joustamattomuutena. Toisaalta lapsi voi vältellä traumaattisia muistoja, mikä häiritsee ehyen autobiografisen muistin kehittymistä. Jatkuvien ja toistuvien traumojen on todettu häiritsevän lasten neurobiologista kehitystä. (van der Kolk 2005, 402; Punamäki 2008, 7–8.)

Keskilapsuus on oppimisen aikaa ja lapselta tavallisesti onnistuu jo monimutkainenkin ongelmanratkaisu ja järkeily. Lapsi ymmärtää jo omia ja toisten motiiveja ja tunteita ja hänen itsetuntonsa kehittyy pitkälti suhteessa kaverisuhteisiin ja koulumenestykseen. Traumakokemus altistaa keskittymiskyvyttömyydelle ja alisuoriutumiselle. Lapsella voi olla jatkuva huoli uuden traumatisoivan tapahtuman kohtaamisesta, mikä häiritsee muun

muassa kaverisuhteita. Toisaalta lapsi voi enenevissä määrin pyrkiä tukeutumaan huoltajiinsa, mikä saattaa häiritä siirtymää lapsesta nuoreksi. (Punamäki 2008, 8.)

Nuoruudessa keskeiseksi nousevat abstraktin ajattelun kehittyminen, tulevaisuuden suunnittelu ja usko itseen sekä intiimit suhteet. Trauman seurauksena uhat konkretisoituvat ja nuori saattaa menettää uskoaan itseensä ja tulevaisuuteen. Paha olo voi ilmetä riskinottona, turtuneisuutena sekä vaikeutena kohdata intiimejä tilanteita, joissa trauma-ajatukset nousevat pintaan. (Punamäki 2008, 8.)

3.3.2 Diagnosoinnin ongelmat

Kompleksin trauman seurauksia lapsilla on viimeisenä vuosikymmenenä tutkittu paljon ja on kyetty löytämään yhteisiä piirteitä pitkäkestoisesti, usein perhepiirissä traumatisoituneiden lasten oireilussa. Ongelmana on ollut se, ettei tällaiselle lapsuusajan traumalle ole olemassa omaa kriteeristöä niin amerikkalaisessa DSM-IV -luokituksessa kuin kansainvälisessä ICD-10-luokituksessakaan. Usean trauman kokeneet lapset diagnosoidaan Yhdysvalloissa usein esimerkiksi eroahdistuksen, uhmakkuushäiriön, tarkkaavaisuushäiriön (ADHD) tai traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) alle. Näiden diagnoosien ei uskota olevan riittäviä kattamaan vakavasti traumatisoituneen lapsen oireita. (van der Kolk 2005, 405; Stolbach 2007, 4; Cohen & Scheeringa 2009, 94.)

Esimerkiksi traumaattisen stressihäiriön diagnoosia on kritisoitu siitä, ettei se sinällään sovellu lapsille, saati sitten useita kehityksellisiä traumoja kokeneille lapsille, sillä se ei kata näiden lasten koko oireiden kirjoa, eikä huomioi trauman kehityksellisiä vaikutuksia. Lisäksi traumaattisen stressihäiriön diagnosoinnissa keskitytään yksittäisen trauman aiheuttamiin oireisiin, mikä ei tee oikeutta usean trauman kokeneille lapsille, jotka saattavat yksittäisen trauman ”pistetyksessä” jäädä alle diagnoosirajan. Oikean diagnoosin puuttuessa vaarana on, ettei tehokkaita hoitoja kehitellä tai lapsi jää niiden ulkopuolelle. Toisaalta taas epämääräisten diagnoosien tekeminen saattaa altistaa lapsen hänen kansaltaan tehottomille hoidoille, kuten esimerkiksi ADHD-lääkitykselle, vaikka tarpeena olisi traumatisoitumisen hoito. (van der Kolk 2005, 406; Cohen & Scheeringa 2009, 94–95.)

Amerikkalainen van der Kolk tutkimusryhmineen ajoi uutta diagnoosia DSM -tautiluokituksen uuteen versioon. He puhuivat muun muassa DTD -diagnoosista (developmental trauma disorder, kehityksellinen traumahäiriö), joka kokoo kompleksin, usein interspersonallisen trauman kokeneiden lasten oireet ja diagnostiset kriteerit. (D’Andrea, Ford, Stolbach & van der Kolk 2012, 194–195.) Diagnoosia ei ole kuitenkaan sisällytetty uuteen toukokuussa 2013 ilmestyneeseen DSM-5-tautiluokitukseen. Edellisestä tautiluokituksesta poiketen DSM-5 on kuitenkin madaltanut traumaperäisen stressihäiriön kriteerejä lapsille ja nuorille sekä sisältää lisäksi traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) alatyypin *Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children*, joka asettaa erikseen kriteerit alle 6-vuotiaiden lasten traumaperäiselle stressihäiriölle. (American Psychiatric Association 2013, 9.)

3.3.3 Vakava traumaperäinen stressihäiriö ja sen seuraukset

Kompleksi trauma voi aiheuttaa muutoksia lapsen kehittyvään persoonallisuuteen. Tällaisen trauman seurauksena useat lapset kärsivät traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) kaltaisista oireista, jotka voidaan jakaa karkeasti kolmeen: traumakokemuksen mieleen tunkeutuminen, sekä välttäminen, turtuminen ja muista etääntyminen ja lisäksi ylivireisysoireet. Oireet ovat kuitenkin usein vaikeampia kuin yksittäisen tyypin I trauman kohdanneilla lapsilla. Terapeuttien keskuuteen käytäntöön onkin vakiintunut vakavan traumaperäisen stressihäiriön (complex PTSD, c-PTSD) nimike, jota toisinaan kutsutaan myös tarkemmin määrittelemättömäksi äärimmäiseksi stressihäiriöksi (DESNOS, Disorders of extreme stress not otherwise specified). (Boon, Steele & van der Hart 2011, 32, 39.) Nämäkään nimikkeet eivät ole osana nykyisiä tautiluokituksia (American Psychiatric Association 2013, 9).

Yleisesti ymmärretään, että kompleksista tai vakavasta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä on traumaperäisen stressihäiriön lisäksi luonteen häiriöitä ja suuri riski joutua uudelleen uhriksi. Vakavan traumaperäisen stressihäiriön kriteereiksi on ehdotettu muutoksia tunteiden ja impulssien säätelyssä, muutoksia tarkkaavaisuudessa ja tietoisuudessa, muutoksia itseä koskevissa havainnoissa ja sosiaalisissa suhteissa sekä somaattisia oireita ja merkitysjärjestelmien muutoksia. (Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2009, 120–121; Boon ym. 2011, 40–41.) Tätä oirekokonaisuutta myös van der Kolk työryhmineen

ajoi osaksi DSM-5-tautiluokitusta osana DTD (developmental trauma disorder) diagnoosiehdotusta (van der Kolk 2005, 404).

Muutokset tunteiden ja impulssien säätelyssä tarkoittavat vaikeuksia sietää ja säädellä esimerkiksi vihan tunteita, toimintayllykkeitä ja mielihaluja. Siihen voi liittyä itsetuhoajatuksia ja itsetuhoisuutta sekä korostunutta riskinottoa. Vaikeuksia voi olla myös seksuaalisuhteen säätelyssä. Erityisesti lapsuuden aikana seksuaalisen riiston kohteiksi joutuneilla voi ilmetä huomiota herättävää viettelevää käytöstä. (Boon ym. 2011, 40.)

Tarkkaavaisuuden ja tietoisuuden muutoksiin kuuluvat keskittymis- ja tarkkaavaisuusongelmat, muistin menetykset ja ongelmat sekä mahdollinen yleinen tietoisuuden aleneminen. Nämä oireet liitetään usein persoonallisuuden dissosiaatioon. Oireena voi olla depersonalisaatiota eli tunnetta oman minän vieraudesta sekä derealisaatiota, jossa ympäristö koetaan epätodellisenä ja outona. (Van der Hart ym. 2009, 113; Boon ym. 2011, 40.)

Muutokset itseä koskevilla havainnoilla ovat yleensä hyvin negatiivisia häpeän ja syyllisyyden tunteita. Lapsi saattaa kokea olevansa itse vastuussa tapahtuneesta ja pitää itseään kyvyttömänä, saastaisena tai arvottomana. Monet lapset uskovat, ettei kukaan voi ymmärtää heitä tai uskoa heille tapahtuneita asioita. Toisaalta lapsi saattaa vähätellä itseään ja kokemuksiaan. (Boon ym. 2011, 40.)

Ihmissuhteissa tapahtuvat muutokset johtuvat pitkälti lapsen luottamuksen menetyksestä muihin ihmisiin. Lapsi vetäytyy herkästi sosiaalisista suhteista tai kokee niiden solmimisen vaikeaksi. Toisiin ihmisiin suhtautumista voi leimata ambivalenssi: toisaalta tuntee vihaa muita kohtaan, pelkää läheisyyttä tai torjuntaa, toisaalta kaipaa turvaa, läheisyyttä ja hoivaa. Näille lapsille voi olla vaikeaa tulkita ihmisten aikeita hyviksi tai pahoiksi ja he saattavat tämän vuoksi olla hyvinkin alttiita uudelleen uhriksi joutumiselle. (Boon ym. 2011, 40.)

Vakavan trauman kokeneilla esiintyy usein fyysisiä oireita, joihin ei somaattinen lääketiede löydä vastausta. Lapsi voi oireilla vatsakivuilla, päänsäryillä tai nivel- ja lihaskivuilla. Myös konversio-oireet ovat mahdollisia, jolloin lapsi esimerkiksi sokeutuu tai halvaantuu hetkellisesti (Huttunen 2011b). Muutoksilla merkitysjärjestelmissä tarkoite-

taan aikaisempien uskomusten menetystä sekä toivottomuuden tunnetta esimerkiksi suhteessa tulevaan ja muiden ihmisten hyvyteen. (Boon ym. 2011, 41.)

3.3.4 Dissosiaatio

Yhtenä merkittävänä oireena traumoja kokeneilla lapsilla pidetään dissosiaatiota. Dissosiaatio on mielen puolustuskeino, jolla ihminen suojautuu liian raskailta kokemuksilta. Sillä tarkoitetaan tilaa, jossa ihminen ei kykene tietoisesti yhdistämään ajatuksiaan, tunteitaan, havaintojaan tai muistojaan selkeäksi kokonaisuudeksi (Huttunen 2011a). Dissosiaatio saattaa automatisoitua niin, että ihminen ikään kuin liukuu tahattomasti pois stressaavissa tilanteissa (Saarinen ym. 2003, 111).

Dissosiativisia oireita on sekä negatiivisia että positiivisia. Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan psyykkisten toimintojen, kuten tunteiden ja muistojen menettämistä sekä psyykkisten taitojen menetyksiä, jolloin ihmisellä on vaikeuksia keskittyä nykyhetkeen ja säädellä omaa käyttäytymistään. Positiiviset oireet taas tarkoittavat traumamuistojen ja äänien tunkeutumista tietoisuuteen. Pienet lapset käyttävät dissosiaatiota puolustuskeinona muita herkemmin vakavia traumoja kohdatessaan ja ottavat sen herkimmin tavakseen selviytyä (Levine & Frederick 2008, 150). Se on toimiva tapa säädellä ahdistusta, mutta kehittyvällä lapsella se johtaa minän eri osien huonoon yhdistymiseen. (van der Hart ym. 2009, 97.)

Dissosiaation ja traumaperäisten stressihäiriöiden uskotaan liittyvän läheisesti yhteen. Näiden suhteesta on kuitenkin vallalla kaksi eri käsitystä. Toisessa, johon myös amerikkalainen DSM-tautiluokitus perustuu, ymmärretään dissosiaatio yhdeksi traumaperäisen stressihäiriön osaksi. Tällöin dissosiaatio ilmenee traumaperäisen stressihäiriön oireena, esimerkiksi vakavassa traumaperäisessä stressihäiriössä osana tarkkaavaisuuden ja tietoisuuden muutoksia. (Paasioksa, Erkolahti, Ilonen & Saarijärvi 2003, 3653).

Toisen käsityksen mukaan, jota edustaa muun muassa eurooppalaisen ja ehkä koko maailman dissosiaatiotutkimuksen kärkinimi Otto van der Hart ja hänen työryhmänsä, dissosiaatio ymmärretään traumaperäistä stressihäiriötä edeltävänä tilana, joka altistaa ihmisen stressihäiriön oireille. Van der Hart tutkijaryhmineen on luonut rakenteellisen dissosiaation teorian, jonka kautta myös kaikki vakavan traumaperäisen stressihäiriön

oireet ovat ymmärrettävissä. He uskovatkin juuri persoonan rakenteellisen dissosiaation olevan vakavan trauman jälkeisiä erilaisia oireita selittävä yhdistävä tekijä. (Paasioksa ym. 2003, 3653; van der Hart ym. 2009, 95.)

Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation perusta on ensimmäisen maailmansodan aikaisen psykiatri C. Meyrsin tutkimuksissa, joissa hän havaitsi sotilaiden persoonan jakautuvan kahteen osaan trauman seurauksena; persoonan näennäiseen normaaliin osaan (ANP, *apparently normal part*) ja emotionaaliseen osaan (EP, *emotional part*). Osien jakautuminen on dissosiaatiota, jossa persoonan osat toimivat epätietoisina toisistaan. Näitä käsitteitä käyttävät myös van der Hart tutkimusryhmineen. Ihmisen persoonan näennäinen normaali osa pyrkii trauman jälkeen jatkamaan normaalia arkielämää välttelemällä traumamuistoja. Emotionaalinen persoonan osa taas kantaa ja pitää sisällään trauman raastavat ja sietämättömät muistot. Rakenteellinen dissosiaatio voi olla yksinkertaista tai hyvinkin moninkertaista ja se on jaettu kolmeen määritelmälliseen osaan. (van der Hart ym. 2009, 5.)

Primääri rakenteellinen dissosiaatio tarkoittaa edellä kuvattua tilannetta, jossa persoona on jakautunut yhteen näennäisen normaaliin osaan ja yhteen emotionaaliseen osaan. Emotionaalinen osa on tällöin suhteellisen kehittymätön, eikä toimi arkielämän tilanteissa itsenäisesti. Sekundääriä rakenteellista dissosiaatiota ilmenee esimerkiksi vakavan traumaperäisen stressihäiriön yhteydessä. Tällöin persoonan emotionaalinen osa on jakautunut edelleen useampaan osaan, näennäisen normaalin osan pysyessä samana. Emotionaalisen persoonallisuuden eri osat koostuvat eri tunteista ja motorisen toiminnan osista, kuten jähmettymisestä, taistelusta tai pakenemisestä. Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio kuvataan DSM-IV -tautiluokituksessa dissosiativisena identiteettihäiriönä. Tällöin persoonan osia voi olla useita niin emotionaalisessa osassa, kuin näennäisen normaalissakin osassa. Lisäksi eri osat voivat olla hyvinkin yksilöityneitä, muokkautuneita ja itsenäisiä, jolloin heillä on esimerkiksi omat nimet, fyysiset piirteet ja mieltymykset. (van der Hart ym. 2009, 6–7.)

Rakenteellisen dissosiaation teorian avulla pyritään selittämään trauman jälkeisiä oireita. Trauman seurauksia on tutkittu enemmän aikuisuudessa, mutta dissosiaation runsasta käyttöä on kuitenkin havaittu myös lapsilla, ja häiriöiden on todettu alkavan kehittyä lapsuudessa jopa jo ennen viiden vuoden ikää. Tällöin myös hoidon olisi tärkeää kohdistua oikein ja kehittää jo lapsille suunnattuja traumainterventiomenetelmiä, jotta häi-

riöt eivät pääsisi kehittymään monimutkaisiksi pitkälle aikuisuuteen. (Terr 2003, 329; Cook ym. 2005; 397.)

3.4 Lastenpsykiatrisen hoidon periaatteita

Lastenpsykiatrisen hoidon painopiste pyritään yleensä pitämään avohoidossa, mutta kun avohoidon keinot eivät ole riittäviä, turvaututaan sairaalaosastolla tapahtuviin tutkimus- ja hoitajaksoihin. On myös todettu, että oikein ajoitettu osastolla tapahtuva tutkimus- tai hoitajakso voi merkittävästi helpottaa lapsen koko psykiatrista hoitoprosessia. Osastojaksot voivat koostua päiväsaalahoitosta, jolloin lapsi viettää osastolla vain arkipäivät aamusta iltapäivään, viikko-osastohoidosta, jolloin lapsi on osastolla maanantaista perjantaihin yöt mukaan lukien tai tarpeen vaatiessa jatkuvasta osastohoidosta. Osastohoito on lapsen kohdalla aina väliaikainen ratkaisu ja hoidon avulla pyritään mahdollistamaan lapsen palaaminen entiseen kasvuympäristöönsä. (Piha 2004a, 388; Piha 2004b, 422.)

Osastohoidossa tärkeintä on tarjota lapselle turvallinen ja selkeä ympäristö. Osastolla pyritään elämään lapsen kanssa normaalia arkea ja antamaan hänelle mahdollisuus tehdä niitä asioita, jotka hänen ikäiselleen ovat luonnollisia. Tästä syystä esimerkiksi leikit ja pelit ovat olennainen osa lasten hoitoa. Tärkeää on myös asettaa selkeät rajat ja säännöllinen päivärhythmi, jotka antavat lapselle turvallisuuden ja jatkuvuuden tunteen. (Friis, Seppänen & Mannonen 2006, 150–152.)

Osastojakson keskeinen elementti on omahoitajasuhde (Friis ym. 2006, 153). Salenius ja Salanterä (2009) ovat tutkineet omahoitajien toimintaa lastenpsykiatrisilla osastotutkimusjaksoilla. Omahoitajasuhteen tarkoitus on tarjota lapselle luottamuksellinen suhde aikuiseen sekä mahdollistaa kokonaisvaltaisen kuvan saaminen lapsesta, hänen perheestään ja ongelmistaan. Omahoitajan tärkeimpiä tehtäviä on ylläpitää lapsen turvallisuudentunnetta, tukea lasta osaston arjessa sekä kerätä tietoa hänen avuntarpeistaan luonnollisen vuorovaikutuksen ja yhdessä olemisen avulla. Sairaanhoitajat ovat kuvanneet omahoitajasuhteen auttamiskeinoiksi lapsen pahan olon tunnistamisen ja helpottamisen, auttamisen ymmärretyksi tulemisessa, turvallisen aikuisuudenmallin antamisen, rajojen asettamisen, lapsen voimavarojen ja vahvuuksien etsimisen sekä itsetunnon, itseilmaisun ja itsehillinnän vahvistamisen. (Salenius & Salanterä 2009, 124–126.)

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Integroitu kirjallisuuskatsaus

Hoitotieteessä kirjallisuuskatsaukset tutkimusmetodina ovat yleistyneet 1990-luvulta lähtien, sillä näyttöön perustuva käytäntö hoitotyössä on lisännyt tiivistetyn tutkitun tiedon tarvetta. Vasta lähivuosikymmeninä hoitotyön tutkimus on lisääntynyt siinä määrin, että laadukasta aineistoa on riittävästi erilaisiin katsauksiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla irralliset tutkimukset ja tieteelliset artikkelit voidaan koota yhteen ja pyrkiä muodostamaan mielekäs kokonaisuus tutkittavasta ilmiöstä. (Flinckman & Salanterä 2007, 84.)

Kirjallisuuskatsaukset jaetaan yleisesti kolmeen luokkaan: kuvaileviin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä meta-analyyseihin. Tavallisesti näyttöön perustuva toiminta on pyritty pohjaamaan systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyyseihin, sillä näiden tuottamaa tietoa pidetään korkealaatuisena (Elomaa & Mikkola 2006, 18). Systemaattiset katsaukset vastaavat tiettyyn, tarkasti määriteltyn tutkimuskysymykseen ja ne pohjautuvat aina ennalta tehtyyn tutkimussuunnitelmaan, joka on myöhemmin muiden toistettavissa. Systemaattisessa katsauksessa käytetään hyväksi vain korkealaatuisia, relevantteja tutkimuksia ja tutkimusten valinta- sekä analysointiprosessi kuvataan tarkasti. Meta-analyysi on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tuloksia analysoidaan numeerisesti tilastollisin menetelmin. (Pekkala 2001, 59; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38; Johansson 2007, 5.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on asiantuntijan tekemä yhteenvedo olemassa olevasta tutkitusta tiedosta tutkimuskysymyksen aihealueelta (Johansson 2007, 7). Sitä käytetään usein osana tutkimusta kytkemään tutkimuskysymykset tieteelliseen kontekstiinsa, mutta se toimii myös itsenäisenä metodina (Flinckman & Salanterä 2007, 84). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittava ilmiö on mahdollista kuvata laaja-alaisesti, sillä käytetyt aineistot ovat laajoja, eikä aineiston valintaa rajaa tiukat metodiset säännöt. Kuvaileva eli perinteinen kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa edelleen narratiiviseen ja integroituun katsaukseen. Narratiivinen katsaus on metodisesti kirjallisuuskatsauksen kevyin muoto. Integroidulla katsauksella taas on useita yhtymäkohtia systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. (Salminen 2011, 6.)

Integroitu kirjallisuuskatsaus on erilaisten katsausten laajin muoto, sillä se sallii yhdistää sekä eri metodein tehtyä tutkimusta että teoreettista ja empiiristä tutkimusta keskenään (Flinckman & Salanterä 2007, 85). Siinä kirjallisuutta arvioidaan, syntetisoidaan ja tulkitaan kriittisesti, mutta tutkimusaineistoa ei seulota niin tarkkaan kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Integroitu katsaus eroaa narratiivisesta katsauksesta juuri aineiston kriittisen tarkastelun ja tarkan prosessin kuvauksen vuoksi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna integroitu katsaus taas antaa käsiteltävästä kirjallisuudesta huomattavasti laajemman kuvan. (Salminen 2011, 8.)

Tässä opinnäytetyössä integroituun kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sijaan, koska katsaukseen haluttiin saada aineistoa hoitotyön keinoista psyykkisen trauman kokeneiden lasten auttamiseksi mahdollisimman laajasti ja kattavasti. Alustavissa haussa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimia metodologisesti tarkkoja alkuperäistutkimuksia aiheesta (satunnaistettuja koe-kontrollitutkimuksia) löytyi hyvin vähän. Lisäksi työelämätaho toivoi vältettävän katsauksessa listausta erilaisista terapioista ja etsittävän tietoa hoitotyöhön sovellettavista terapeuttisista menetelmistä. Integroitu katsaus antoi mahdollisuuden kirjallisuuden ja tutkimusten laajempaan käyttöön, jolloin saatiin esiin tietoa myös vähemmän tutkituista hoitotyön keinoista noudattaen silti systemaattisen katsauksen tarkkaa prosessia (Salminen 2011, 8).

Integroidulla katsauksella voidaan löytää uusia tutkimuskysymyksiä tai jatkotutkimusaiheita tai pyrkiä tunnistamaan nykyisen tutkimuksen aukkoja ja puutteita. Sen avulla voidaan arvioida tutkittavan aiheen tieteellistä näyttöä tai tunnistaa mahdolliset teoreettiset ja käsitteelliset viitekehykset. Lisäksi voidaan esimerkiksi tarkastella, minkälaisia tutkimusmetodeja aihealueella on käytetty onnistuneesti. Integroidun katsauksen tehtävänä voidaan pitää myös tieteen sen hetkisen tilan kuvaamista, teorian kehittämistä sekä saadun tiedon soveltamista käytännön työhön. (Flinckman & Salanterä 2007, 86.)

Opinnäytetyössä integroidun katsauksen avulla saatiin koottua tietoa hoitotyön keinoista traumatisoituneiden lasten auttamiseksi, jota hoitajat voivat soveltaa käytännön työhön. Katsauksen avulla myös havaittiin tutkimustiedossa olevia aukkoja ja samalla kartoitettiin jatkotutkimusaiheita.

Integroidu ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus ovat vaiheiltaan samankaltaisia. Integroidun katsauksen vaiheet ovat tutkimusongelman asettaminen, aineiston hankinta, arviointi ja analyysi sekä aineiston tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011, 8.) Integroidu katsaus aloitetaan muotoilemalla tutkimustehtävä, joka rajaa tutkittavaa asiaa tarvittavasti riippuen olemassa olevan tutkimuksen ja kirjallisuuden määrästä. Lisäksi määritetään tutkimuksen keskeiset käsitteet ja valitaan tutkimusjoukko. Tutkimustehtävän ja -tavoitteen avulla kuvaillaan, miten saatavaa tietoa voidaan hyödyntää käytännössä. (Flinckman & Salanterä 2007, 89.)

Toisessa vaiheessa valitaan tutkimuskirjallisuus sekä tietokannat ja hakutermit, joilla haut tietokantoihin toteutetaan. Ideaalilanteessa katsaukseen saadaan kaikki relevantti aineisto, mutta käytännössä tähän vain pyritään käyttämällä mahdollisimman monia tiedonhaun menetelmiä. Aineistoa voidaan etsiä elektronisista tietokannoista ja hakupalvelimien kautta sekä lehtien vuosikertoja, lähdeluetteloita ja muuta kirjallisuutta selaamalla. Hakuja tehdessä tulee huomioida julkaisuharha, jota voidaan välttää etsimällä myös julkaisemattomia ja eri kielillä tehtyjä tutkimuksia sekä hakemalla aineistoa niin elektronisesti kuin myös käsin (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40). Ennen aineiston keruuta suunnitellaan hakustrategiat huolella ja määritetään perustellen sisäänotto- ja pois-sulkukriteerit, jotta hakuprosessi toteutuisi mahdollisimman systemaattisesti. Katsaukseen raportoidaan aineiston keruu tarkasti, jotta lukija voi halutessaan toteuttaa haun ja löytää saman lopputuloksen. Jo alussa valittu aineisto on hyvä koota taulukon muotoon, joka sisältää keskeiset tiedot tutkimuksen luonteesta, metodologiasta ja tuloksista, jolloin aineiston hallinta ja yleisluontoinen tarkastelu helpottuu. (Flinckman & Salanterä 2007, 91–92.)

Integroidun katsauksen kolmannessa vaiheessa viimeistään arvioidaan saatua aineistoa. Kerättyä aineistoa tulee arvioida, jotta voidaan päättää, kuinka relevantteja aineiston perusteella tehtävät johtopäätökset ovat. Eri metodeilla tehtyjen tutkimusten näytön arviointi on haastavaa, mutta arviointia voidaan tehdä erilaisten arviointikriteerien ja pisteytysten avulla. (Flinckman & Salanterä 2007, 93.) Käytännössä sisäänottokriteerien mukaisesti arvioidaan aineiston ikää, tasoa, kattavuutta, objektiivisuutta, otoskokoa, tulosten uskottavuutta, lähteiden alkuperäisyyttä ja aineiston sopivuutta omaan aiheeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 73).

Neljäs vaihe on analyysin tekeminen, jossa aineistosta kerätään tieto standardoidulla tavalla luotettavuuden lisäämiseksi. Analyysin jälkeen saatuja tuloksia tulkitaan ja ne esitetään selkeässä muodossa lukijalle. Viimeinen viides vaihe on kriittinen, sillä usein tulkinta ja argumentaatio jäävät pinnalliseksi. (Salminen 2011, 10–11.) Johtopäätösten esittämisessä on tärkeää tehdä näkyväksi loogiset päätelmäketjut, jotta lukija voi arvioida päätelmien oikeellisuutta ja todenperäisyyttä. Tulosten selkeä ja ymmärrettävä esittäminen on tärkeää, jotta niiden hyödyntäminen käytännön työssä helpottuu. Ihannetilanteessa katsauksen tuloksista esitetään uusi ja innovatiivinen synteesi, joka lisää lukijan ymmärrystä aiheesta. (Flinckman & Salanterä 2007, 97.)

Hoitotyön katsaukset ovat viime vuosina kehittyneet laadukkaammiksi. Tärkeää on muistaa, että lopulta katsaus on vain niin hyvä kuin siihen valittu aineisto on. Niin katsauksissa kuin tutkimuksissa oleellista on huolellinen suunnittelu ja toteutus sekä johtopäätösten selkeys ja tarkkuus. Integroitua katsausta tehdessä tulisi olla aina vähintään kaksi tutkijaa, mikä vähentää katsauksen subjektiivisuutta ja jakaa työmäärää. Tekijöillä tulisi olla tietoa katsauksen kohteena olevasta aiheesta ja metodologista oppia, jotta he voivat arvioida tutkimusten laadukkuutta. (Flinckman & Salanterä 2007, 98–99.)

4.2 Aineistonkeruu

Ennen opinnäytetyön aineiston hakua päätettiin sisäännottokriteerit aineiston valitsemiseksi. Kriteereiksi muodostuivat ikä, kieli, aineiston saatavuus kokotekstinä sekä relevanttius valitun aiheen kannalta. Aineiston tuli olla vuonna 2003 tai sen jälkeen ilmestynyt ja saatavana suomen tai englannin kielellä. Aineiston tuli olla myös saatavana kokotekstinä internetin, Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston, Tampereen kaupunginkirjaston tai Tampereen yliopiston kirjaston palveluiden kautta. Lisäksi aineiston tuli käsitellä lasten psyykkisten traumojen hoitotyötä, hoitotyön keinoja tai terapeuttisia menetelmiä hoitotyössä.

Aineistoa haettiin elektronisista tietokannoista tammi-huhtikuussa 2013. Käytettyjä tietokantoja olivat MEDLINE / Pubmed, PsycNet, Cochrane, Ovid, CINAHL, JBI, Medic, Arto, Aleks, OpenAccess, PILOTS Database, Google Scholar, Eric Database ja ScienceDirect. Hakulausekkeina päädyttiin käyttämään yhdistelmiä sanoista *lapset* (*children*), *trauma* ja *complex trauma*, *hoito* (*treatment*) sekä *interventiot* (*interven-*

tions). Useita hakusanojen yhdistelmiä testattiin, mutta edellä luetellut olivat ainoita, jotka tuottivat tuloksia. Esimerkiksi *hoitotyö*, *nursing* tai *nursing practice* hakusanojen käyttö yhdistelmissä tuottivat lähes jokaisessa tietokannassa nolla-tuloksen. Tietokantojen hakusanat ja niiden yhdistelmät sekä hakutulokset on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä (liite 1).

Aineistoa seulottiin sisäänottokriteerien mukaan ensin otsikkotasolla. Tämän jälkeen luettiin otsikoiden perusteella otetusta aineistosta abstraktit ja karsittiin aiheeseen kulumaton aineisto. Tässä vaiheessa myös päällekkäiset artikkelit poistettiin. Abstraktien perusteella valittu aineisto arvioitiin vielä ennen lopullista aineiston muodostamista, jotta nähtiin oliko artikkeleissa todella relevanttia tietoa. Tässä vaiheessa karsittiin aineistot, jotka käsittelivät esimerkiksi vain I-tyypin trauma, nuorten tai aikuisten hoitoa tai kriisihoitoa.

Täydentävää aineistoa haettiin systemaattisen haun lisäksi myös hoitotyön, psykiatrian ja psykologian alan lehdistä sisällysluetteloita selaamalla ja tekemällä elektronisia hakuja lehtien vuosikertoihin. Kaikki tarkastellut lehdet hakutuloksineen löytyvät opinnäytetyön liitteestä (liite 2). Lisäksi aineistoa etsittiin elektronisesti ja manuaalisesti Tampereen ammattikorkeakoulun, Tampereen yliopiston, Tampereen kaupungin ja Nurmijärven kunnan kirjastoista kevään 2013 aikana. Osa aineistosta löytyi myös tutkimusten lähdeluetteloita selaamalla. Aineisto muodostui kaiken kaikkiaan kuudesta tutkimusartikkelista, 15 asiantuntija-artikkelista ja kolmesta painetusta teoksesta. Aineistotaulukossa on lopullinen kirjallisuuskatsaukseen otettu aineisto (liite 3).

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

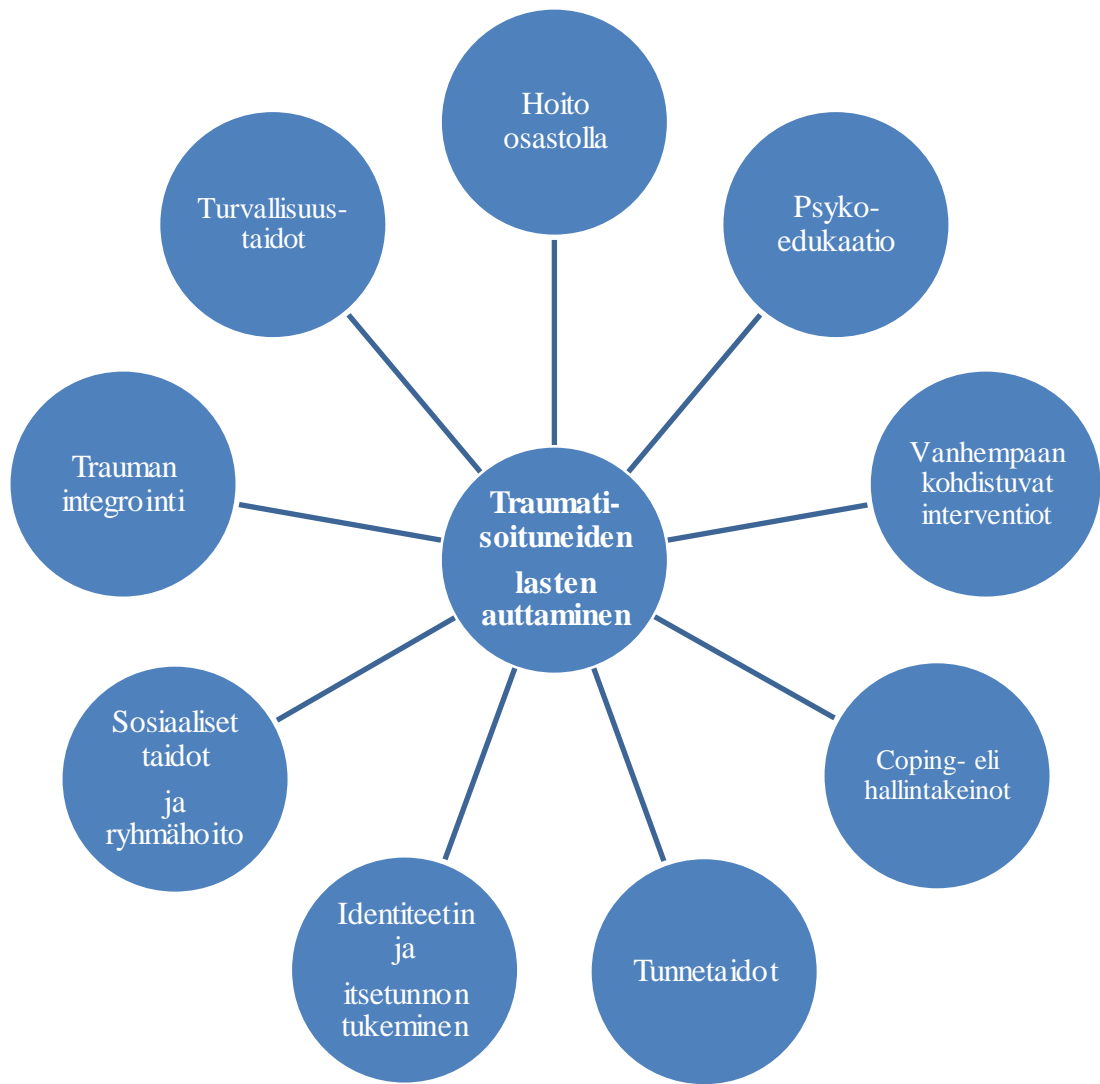
Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa voidaan käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka auttaa kokoamaan tutkimuksissa olevaa tietoa. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla pystytään laatimaan eräänlainen runko, joka selkeyttää tutkimuksista saadun tiedon tiivistämistä ja esilletuomista. Se ei kuitenkaan yksinään saa aikaan valmiita tuloksia tutkittavasta ilmiöstä, vaan mielekkäät johtopäätökset tulee tehdä sisällönanalyysin pohjalta. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 103, 123–124.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, joka muodostuu tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien mukaisesti. Tarkoitus olisi, että aikaisemmat tiedot ja teoriat tutkittavasta ilmiöstä eivät ohjaisi sisällönanalyysiä mitenkään. Käytännössä on kuitenkin huomioitava, että tutkijan aikaisempi tieto vaikuttaa aina tuloksiin, eikä puhtaasti objektiivisia havaintoja ole siten olemassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–96.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tekemiseen kuuluu teoriassa kolme vaihetta, jotka ovat aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Kirjallisuuskatsausta tehdessä on kuitenkin huomioitava, että nämä vaiheet eivät välttämättä ole tarkoituksenmukaisia sellaisinaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi luo apukeinon kirjallisuuskatsauksen aineiston tulkitsemiselle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 124). Opinnäytetyön sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla valittu aineisto huolellisesti läpi. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan aineiston pelkistämässä tutkimuksista rajataan oleellinen tieto ja muodostetaan niistä esimerkiksi yksinkertaistettu luettelo (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Tämä toteutettiin käymällä artikkelit uudestaan läpi etsien niistä opinnäytetyön aihetta käsitteleviä osuuksia. Osuudet merkattiin tekstiin ja niistä tehtiin erillinen tiivistetty luettelo.

Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään eli etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja muodostetaan samaa asiaa tarkoittavista käsitteistä luokkia. Näiden luokkien avulla voidaan helpommin tarkastella tutkimuksissa olevaa tietoa ja hakea kirjallisuuskatsauksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110, 123–124.) Ryhmittely toteutettiin tässä opinnäytetyössä etsimällä tehdystä luettelosta samankaltaisuuksia ja muodostamalla niistä yläluokkia. Yläluokista muodostui tulososion runko (kuvio 2), jonka pohjalta kirjallisuuskatsausta lähdettiin kirjoittamaan. Lisäksi joidenkin yläluokkien alle muodostui teemoja, jotka ovat tulososion tekstiin alaotsikoitu.



KUVIO 2. Analyysin tuloksena syntyneet yläluokat

5 TULOKSET

5.1 Hoito osastolla

Traumakokemus voi jättää lapsen jatkuvan pelontunteen valtaan, sillä hänen maailmansa tuntuu traumatisoitumisen seurauksena ennalta arvaamattomalta ja vaaralliselta. Lapsi tarvitsee tällöin selkeän ja turvallisen ympäristön pystyäkseen selkeyttämään traumakokemustaan ja hallitakseen trauman aiheuttamia tunne- ja käytösreaktioita. (Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk 2005, 426; Becker-Weidman & Shell 2008, 198; Arvidson ym. 2011, 36, 41). Osastohoito mahdollistaa turvallisen ympäristön tarjoamisen ja siellä lapsi pääsee muodostamaan myös terapeutin hoitosuhteen, joka edistää lapsen turvallisuudentunnetta ja auttaa vaikeiden asioiden käsittelemisessä (Delaney 2009, 216; Tufnell 2009, 320). Osastohoidossa jokaiselle lapselle tulisi yksilöllisesti asettaa tavoitteita, jotka sopivat heidän sen hetkisiin kykyihinsä ja voimavaroihinsa (Kinniburgh ym. 2005, 430).

5.1.1 Terapeuttinen hoitosuhde

Traumatisoituneiden lasten hoidossa joudutaan käsittelemään hyvin vaikeita ja arkoja asioita, jotka lapsi on saattanut pitää sisällään pitkän aikaa. Siksi on erityisen tärkeää, että lapsi pääsee muodostamaan turvallisen ja luottamuksellisen suhteen aikuiseen, joka on tiiviisti mukana hänen hoidossaan. (Hardy 2007, 34; Tufnell 2009, 320; Fitzgerald, Henriksen, Jr. & Garza 2012, 51, 54.) Vaikeasti traumatisoituneen lapsen voi olla kuitenkin haasteellista muodostaa luottamuksellista suhdetta aikuiseen, varsinkin jos traumatisoitumisen on aiheuttanut lapselle läheinen aikuinen (Gil 2009, 8; Terr 2013, 58). Hoitajalta vaaditaan tällöin erityisen paljon kärsivällisyyttä ja empatiakykyä, jotta hän kykenisi tarjoamaan lapselle turvallisen ja terapeutin hoitoympäristön. (Gil 2009, 9.) Lapsen luottamus saavutetaan vähitellen ja ennen kuin luottamus on saavutettu, ei lapsen kanssa kannata ottaa esille liian vaikeita asioita. Alussa on hyvä etsiä yhteisiä kiinnostuksenkohteita esimerkiksi urheilulajeista tai musiikista sekä kohdistaa keskustelut ja leikit kevyisiin aiheisiin. (Terr 2013, 59.) Hoitajan on ehdottoman tärkeää käyttää työskentelyssään omaa persoonaansa, sillä yhteinen tunnevirittäytyminen lapsen kanssa ei muuten pääse muodostumaan (Becker-Weidman & Shell 2008, 256).

Terapeuttisen suhteen muodostamisessa ja ylläpitämisessä voidaan käyttää apuna vuorovaikutteisen kehitypsykoterapian (Dyadic Developmental Psychotherapy) PACE-asennetta. Tämä tarkoittaa suhtautumista lapseen leikkisästi (playfulness), hyväksyvästi (acceptance), uteliaasti (curiosity) ja empaattisesti (empathy). (Becker-Weidman & Hughes 2008, 330; Becker-Weidman & Shell 2008, 183.) Leikkisyydellä autetaan lasta käsittelemään hänen tekemiään virheitä sekä nostattamaan hänen mielialaansa. Hyväksyntää osoitetaan lapselle erityisesti hänen tehdessään jotain väärin, jotta lapsi ymmärtäisi, että hän ei ole itsessään paha. Uteliaisuutta puolestaan käytetään aina lapsen kanssa keskusteltaessa ja varsinkin tilanteissa, joissa lapsi on käyttäytynyt huonosti. Empaattisuuden tulee myös olla jatkuvasti läsnä vuorovaikutuksessa lapsen kanssa sekä sanatomasti että sanallisesti ilmaistuna. (Aideuis 2007, 549.)

Hoitosuhteen kautta lapsi kokee ymmärrystä ja tukea, jotka auttavat häntä käsittelemään vaikeita tunteitaan ja hallitsemaan niiden synnyttämiä reaktioita. Hoitajan empaattinen ymmärrys lapsen käyttäytymistä kohtaan auttaa lasta vähitellen hyväksymään ja ilmaisemaan voimakkaita tunteitaan ilman pelkoa hylätyksi tai rangaistuksi tulemisesta. (Delaney 2009, 214.) Empaattisuuden tulee kohdistua lapseen kaikissa tilanteissa, jotta lapsi oppisi luottamaan hoitosuhteen antamaan turvaan (Silberg ym. 2004, 133). Kun lapsi esimerkiksi rikkoo sääntöjä ja joutuu sen seurauksena jättämään väliin jonkin aktiviteetin, tulee hoitajan keskustella lapsen kanssa hänen tuntemastaan pettymyksestä ja vihas-ta sekä tarjota empatiaa ja ymmärrystä lasta kohtaan. Konfliktien välitön selvittäminen on ehdottoman tärkeää, jotta lapsi ei kokisi itseään pahaksi ja hylätyksi missään tilanteessa. (Aideuis 2007, 548; Becker-Weidman & Hughes 2008, 331.)

On myös tärkeää ylläpitää myönteistä vuorovaikutusta, sillä myönteiset tunteet vähentävät stressiä ja auttavat hallintakeinojen kehityksessä. Traumatisoituneet lapset ovat yleensä kokeneet elämässään jo paljon kärsimystä, minkä takia hoidon tulisi tarjota heille vastapainoksi jotakin muuta. Hoitajien tulisi rohkaista lapsia nauramaan ja pitämään hauskaa näyttämällä itse esimerkkiä, sekä palkita heitä hyvästä käytöksestä ja saavutuksista. Juttelun tulisi olla vastavuoroista, positiivissävytteistä ja rentoa. Vaikeatkaan keskustelunaiheet, kuten traumamuistot, eivät välttämättä tarvitse vakavaa sävyä (Becker-Weidman & Hughes 2008, 331; Delaney 2009, 215). Esimerkiksi vitsit ja sanaleikit tuovat toivottua vaihtelua vakaviinkin keskusteluihin. (Terr 2013, 59–60.)

Hoitajan tulee tarjota lapselle kokemuksia intersubjektiivisuudesta eli yksilöidenvälisyydestä, joka tarkoittaa yhteistä tunnevirittäytymistä, yhteistä pyrkimystä sekä yhteistä kiinnostusta (Becker-Weidman & Shell 2008, 16). Intersubjektiivisuus on vauvalle ja pienelle lapselle tärkein keino oppia itsestään ja ympäröivästä maailmasta, mutta monilla perheen sisäisiä traumoja kokeneilla lapsilla nämä kokemukset puuttuvat. Tärkeä osa intersubjektiivista kokemusta on myös sanaton vuorovaikutus hoitajan ja lapsen välillä. Tähän kuuluvat muun muassa katsekontakti, ilmeet, eleet ja äänenpainot. (Becker-Weidman & Hughes 2008, 330–331.)

5.1.2 Osasto hoitoympäristönä

Osastohoito mahdollistaa vakaan ja ennustettavissa olevan ympäristön tarjoamisen lapselle. Hoitohenkilökunnan on kuitenkin muistettava, että tämän ympäristön luomiseksi tarvitaan muutakin kuin esimerkiksi päivästä toiseen toistuva syömis- ja nukkumaanmenorutiini. Lapsille tulee ajoissa kertoa tulevista muutoksista normaaleissa rutiineissa sekä kertoa syyt äkkinäisille muutoksille. Tapa, jolla hoitohenkilökunta on vuorovaikutuksessa lapsen kanssa, tulisi myös olla mahdollisimman yhtenäistä ja kaikkien tulisi noudattaa lasta koskevia sopimuksia. (Delaney 2009, 216.) Selkeät rutiinit ovat erityisen tärkeitä niissä tilanteissa, joissa traumamuistot usein nousevat pintaan. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi nukkumaanmeno, jolloin lapsen kanssa voidaan kehittää jokailtaiset nukkumaanmenorutiinit luomaan turvallisuuden- ja hallinnantunnetta. (Arvidson ym. 2011, 36.)

Varsinkin laiminlyödyillä lapsilla on usein vaikeuksia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja he esimerkiksi helpommin tulkitsevat äänensävyjä ja ilmeitä kuin sanallista sisältöä. Jos hoitaja esimerkiksi käskee lapsen huoneeseensa tai syömään korottamalla ääntään, voi lapsi tulkita tämän uhaksi, joka saa hänet lamaantumaan täysin. Välttääkseen lapsen kokemaa uhkaa ja haitallisia puolustusreaktioita, voi käskyn muuttaa myönteiseksi ilmaisuksi kertomalla esimerkiksi mitä kivaa tapahtuu huoneessa olon jälkeen. Uhkavaatimuksia tulisi myös välttää, sillä vaikka ne eivät aikuisen mielestä olisi kohtuuttomia, voi lapsi kokea ne vakavana uhkana ja reagoida sen mukaisesti. Sen sijaan lapselle voidaan kertoa järkevät syyt pyyntöjen perusteluiksi. Esimerkiksi ruokailutilanteessa rauhallista käyttäytymistä vaaditaan sen takia, että kaikki pystyisivät kuulemaan toisensa ja syömään ruokansa rauhassa. (Delaney 2009, 215–216.)

Trauman kokeneilla lapsilla saattaa olla vaikeuksia käytöksensä ja reaktioidensa hallitsemisessa, sillä he eivät ole oppineet käsittelemään niitä voimakkaita tunteita, joita esimerkiksi yhtäkkiset traumamuistot aiheuttavat. Osastohoidossa yksi tärkeä tavoite onkin vakauttaa lapsen käytöstä niin, että hän pystyy ilmaisemaan tunteitaan tekemättä vahinkoa itselleen tai muille. Jouduttaessa rajaamaan lasta hänen käytöksensä hallitsemiseksi, on tärkeää selittää lapselle miksi häntä rajataan ja pyrkiä selvittämään, mikä lapsen mielestä johti tapahtuneeseen. Lapsen kanssa tulisi myös yhdessä kehittää keinoja hallita vihaansa silloin kun se tuntuu ylivoimaiselta. (Silberg ym. 2004, 141–142.) Lasta ei rangaista huonosta käytöksestä esimerkiksi eristämällä huoneeseensa, vaan häntä autetaan yhdessä hoitajien kanssa säätelemään omaa käytöstään. Hoitaja on jatkuvasti lapsen tavoitettavissa ja ongelmatilanteissa läheisyyttä korostetaan vielä enemmän. Lapselle näytetään, että kun hänen oma kontrollinsa ei riitä, hoitaja auttaa häntä siinä. (Becker-Weidman & Shell 2008, 197, 201, 203.)

Osastohoidon aikana tulee usein vastaan tilanteita, jolloin lapsi ei kykene hillitsemään käytöstään ja purkaa sen esimerkiksi väkivaltana itseään tai muita kohtaan. Näissä tilanteissa ovat apuna terapeutit kiinnipidot, joissa hoitajat pitävät lapsesta kiinni niin että hän pääsee rauhoittumaan satuttamatta itseään tai muita. Kiinnipidot ovat korvanneet lastenpsykiatriassa aikaisemmat rauhoittamiskeinot, kuten pakkopaidat, eristyksen ja rauhoittavat lääkkeet. Terapeuttisen kiinnipidon avulla pyritään turvallisesti hallitsemaan lapsen aggressiivista käytöstä ja asettamaan hänelle rajoja. Kiinnipito antaa mahdollisuuden lapselle ilmaista vaikeita tunteitaan sekä hoitajille tilaisuuden empaattiseen tunnevirittäytymiseen. (Lundy & McGuffin 2005, 135–136.)

Jotta kiinnipito olisi lapselle terapeutinen, sen tulisi sisältää seuraavat vaiheet. Ensimmäisenä aikuinen ottaa aggressiivisen lapsen kiinnipitoon, jolloin lapsen aggressio siirtyy kohdistumaan aikuiseen. Aikuinen rohkaisee lasta ilmaisemaan ahdistuksen tunnetaan niin kauan, että hän pystyy rauhoittumaan. Lapsen rauhoituttua tulee aikuisen pitää lasta fyysisesti lähellä niin kauan, että hän saa lapsen kanssa keskusteltua vihanpurkauksesta, kiinnipidon aiheuttamista tunteista ja vaihtoehtoisista toimintatavoista samantlaisia tilanteita varten. Huolimatta kiinnipitojen yleisestä toimivuudesta niihin liittyy kuitenkin huoli lapsen fyysisestä ja henkisestä turvallisuudesta, sillä lapselta viedään kiinnipidossa mahdollisuus omaan tahtoon, ja fyysinen kamppailu saattaa tahtomattaan aiheuttaa lapselle kipua. Tästä syystä onkin tutkittu tapoja, joilla kiinnipidoista saa-

taisiin lapselle entistä turvallisempia ja terapeuttisempia. (Lundy & McGuffin 2005, 136–137.)

Yksi lähestymistapa on soveltaa lapsen aggressiivisen käytöksen hallintaan liiketerapiaa, jossa pyritään yhteistyöhön lapsen kanssa käyttämällä apuna omaa kehoallista ilmaisuja. Lapsen ahdistuksen lievittämiseen sopivia liiketerapian muotoja ovat muun muassa liittyminen, ristiriita, maadoitus, muovautuminen, heijastaminen sekä empaattinen virittäytyminen. Liittymisessä aikuinen näyttää sanattomasti lapselle huomanneensa hänen ahdistuksensa esimerkiksi lähestymällä lasta rauhallisesti ja istumalla hänen viereensä. Tämä ei kuitenkaan onnistu, jos lapsi on jo motorisesti hyvin levoton. Tällöin voidaan kokeilla ristiriitaa, jossa aikuinen reagoi lapsen käytökseen täysin päinvastaisesti, eli käyttäytyy esimerkiksi levotonta lasta kohtaan liioitellun rauhallisesti. Jos lapsen kanssa tästä huolimatta joudutaan kiinnipitoon, on hyödyllistä käyttää itsensä maadoittamista eli jalkojen asettamista tukevasti maata vasten ja yrittää saada lapsi tekemään samalla tavalla, sillä maadoittaminen antaa tunteen itsensä hallinnasta. Muovautuminen puolestaan tarkoittaa aikuisen ja lapsen kehojen yhteistä muovautumista asentoon, jossa lapsi tuntee olevansa turvassa. Heijastaminen ja empaattinen virittäytyminen tapahtuvat reflektoidulla lapsen asentoja, liikkeitä ja sanoja kiinnipidon aikana. (Lundy & McGuffin 2005, 138–139.)

5.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on tarkoituksenmukaista aloittaa heti hoidon alussa, mutta yhtä tärkeää on jatkaa sitä läpi hoitoprosessin. Psykoedukaatio tulee kohdistaa yhtälailla sekä lapseen että hänen vanhempiinsa. Tärkein tavoite on saada lapsi ja hänen vanhempansa luopumaan vääristä uskomuksista koettua traumaa ja sen seurauksia kohtaan (Cohen, Mannarino & Deblinger 2006, 59; Mitchell ym. 2007, 6). Vanhemmalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan lapsen ensisijaista huoltajaa tai huoltajia.

5.2.1 Lapsen ja vanhemman yhteinen psykoedukaatio

Uskomukset omasta pahuudesta, syyllisyydestä ja avuttomuudesta ovat tyypillisiä traumatisoituneille lapsille ja näiden uskomusten korjaaminen on erityisen tärkeää lapsen

toipumisen kannalta (Silberg ym. 2004, 138; Vickerman & Margolin 2007, 621). Jos lapsen vanhempi ei ole ollut trauman aiheuttaja, on myös hyvä selvittää lapselle, että vanhempi olisi estänyt tapahtuneen, jos olisi siihen vain pystynyt, eikä missään nimessä tahallisesti antanut lapsensa kokea niitä hirveyksiä (Cohen, Berliner & Mannarino 2010, 222).

Vanhemman ja lapsen yhteinen psykoedukaatio on hyvä aloittaa kertomalla tutkittua tietoa lapsen kokemasta traumatyypistä, sen vaikutuksista sekä tulevista hoitotavoista (Aideus 2007, 548). Hoitaja voi tuoda esiin myös omia kokemuksiaan, jos hän on kohdannut samanlaisella taustalla olevia lapsia ja perheitä aikaisemmin. Tämä antaa lapselle ja hänen vanhemmalleen tunteen siitä, että heidän kokemuksistaan voi selvitä, vaikka tilanne sillä hetkellä näyttäisi epätoivoiselta. Lapset voivat hyötyä myös traumasta ja sen seurauksista kertovista kirjoista, joita ovat kirjoittaneet joko alan ammattilaiset tai samanlaisen trauman itse kokeneet ihmiset. Kirjojen avulla lapset saavat ymmärrystä omia tunteitaan kohtaan sekä uskoa niiden kanssa selviämiseen. (Cohen ym. 2006, 60.)

Itse trauman aiheuttajaan liittyen on hyvä tarjota paljon tietoa. Esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön ollessa kyseessä, voidaan antaa tilastollista ja tutkittua tietoa siitä, kuinka usein sitä tapahtuu lapsille, millaisia eri muotoja hyväksikäytöllä on, mitä mahdollisia seurauksia hyväksikäytöstä on ja miksi lapset eivät yleensä puhu tapahtuneesta kenellekään. Nämä tiedot voivat kumota vääristyneitä ja haitallisia käsityksiä, joita lapselle ja vanhemmalle on tapahtuneesta muodostunut. Lisäksi on lohdullista kuulla, ettei ole ainoa, joka on joutunut läpikäymään näitä tapahtumia. (Cohen ym. 2006, 60; Macdonald ym. 2012, 18.)

5.2.2 Vanhemman psykoedukaatio

Toinen tärkeä osa psykoedukaatiota on kertoa vanhemmalle yleisistä emotionaalisista ja käyttäytymiseen vaikuttavista reaktioista koetun trauman seurauksena (Cohen ym. 2006, 60; Vickerman & Margolin 2007, 621). Kyky huomata muutoksia lapsen käyttäytymisessä esimerkiksi traumamuiston seurauksena auttaa vanhempaa reagoimaan näihin muutoksiin tarkoituksenmukaisella tavalla (Arvidson ym. 2011, 35). Vanhemman on myös tärkeä ymmärtää lapsen tunnereaktioita, kuten pelkoa ja vihaa, jotka kumpuavat koetusta traumasta ja saavat lapsen käyttäytymään joskus epäasiallisesti. Vanhempi tar-

vitseekin keinoja siihen, kuinka lapsen saa ottamaan vastuuta huonosta käytöksestään saamatta häntä kuitenkaan tuntemaan itseään pahaksi. (Silberg ym. 2004, 135; Cornell & Hamrin 2008, 44.) Vanhemman ymmärtäessä lapsen traumasta aiheutuvaa käytöstä he eivät myöskään tahattomasti toiminnallaan vahvista tätä (Cohen ym. 2010, 220).

Myös tiedonantaminen lapsen normaalista kehityksestä voi olla tarpeen (Vickerman & Margolin 2007, 623). Vanhemman saadessa lisää itsevarmuutta kasvatustaitoihinsa, hänen on helpompi vastata lapsen psyykkisiin ja fyysisiin tarpeisiin. Tällä tavalla hän pystyy paremmin huolehtimaan näistä tarpeista sekä muodostamaan vahvemman emotionaalisen siteen lapseen. (Cornell & Hamrin 2008, 44–45.) Vanhemman pitäminen tiiviisti mukana lapsen hoidossa tehostaa hoidon vaikuttavuutta (Terr 2013, 62).

5.3 Vanhempaan kohdistuvat interventiot

Toimivat perhesuhteet ja läheinen aikuinen ovat suojaava tekijä tarkasteltaessa trauman seurauksia lapsen psyykelle. (Faust & Katchen 2004, 429). Lapsen perheeseen panostaminen myös hoidossa on mielekästä lapsen hyvinvoinnin kannalta, sillä hankalien perhetilanteiden on todettu vaikeuttavan lapsen traumasta toipumista (Faust & Katchen 2004, 432). Vanhemmalle annetaan tietoa lapsen kehityksestä sekä trauman vaikutuksista siihen. Vanhemmalle ohjataan myös erilaisia vanhemmuustaitoja, joiden avulla aikuinen voi kehittyä kasvattajana, saada lapsen oireita hallintaan kotiololoissa ja lähentää suhdetta lapseen. (Cohen ym. 2006, 67, 152.)

5.3.1 Vanhempi osana hoitoa

Perheterapia on todettu hyödylliseksi tavaksi auttaa lasta toipumaan traumakokemuksesta (Gil 2009, 85) ja vanhemman mukana olon on todettu parantavan hoidon vaikutusta (Terr 2013, 62). Lapsen tavanomaisen kasvuympäristön huomioiminen onkin oleellista lapsen auttamiseksi. Hoitajan tehtävä on etsiä lapsesta välittävä, luotettava aikuinen, johon tukeutuen lapsi voi alkaa toipua (Gil 2009, 81). Mahdollisuuksien mukaan tulisi pyrkiä aktivoimaan lapsen elämänpiiriä laajemminkin ja kerätä mahdollisimman kattava yhteisön tuki lapselle (Tufnell 2009, 320).

Toisinaan traumaattinen tilanne on myös vanhemmalle liian raskas, jolloin on arvioitava vanhemman oman terapian tarve ja ohjattava vanhempi hoitoon. Vanhemman ottamista mukaan lapsen hoitoon tulee harkita, jos hänen omat mielenterveyden ongelmansa ovat haitaksi lapsen toipumiselle. (Silberg ym. 2004, 135.) Vickermanin ja Margolinin (2007) mukaan molemmat vanhemmat ovat tärkeitä lapsen toipumisen kannalta, vaikka toinen tai molemmat olisivat trauman aiheuttajia. Heidän mukaansa on yleistä, että pahantekoon osallistumaton vanhempi on mukana lapsen hoitoprosessissa. Sen sijaan trauman aiheuttaneen vanhemman osallistumista suositellaan yleensä vain, jos hän tulee olemaan mukana lapsen päivittäisessä elämässä jatkossakin. (Vickerman & Margolin 2007, 622.)

Yleensä hoitavan tahon on hyvä tavata vanhempaa myös ilman lasta. Tällöin vanhemmalla on mahdollisuus soveliaassa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä ilmaista traumaattisiin tapahtumiin liittyviä ehkä häpeällisiäkin tunteita, kuten rakkauden tunteita hyväksikäyttävää puolisoa kohtaan. Vanhempaa tulee valmistella ennen yhteisiä tapaamisia lapsen kanssa, jotta vanhempi ei pura ensimmäisiä reaktioitaan haitallisesti lapselle, esimerkiksi lapsen kertoessa yksityiskohtia seksuaalisesta hyväksikäytöstä. (Cohen ym. 2006, 89–90, 153.) Lapsen on tärkeä tietää, että niin vanhemmat kuin hoitajatkin kestävät traumasta puhumisen (Aideus 2007, 552). Vaikea tilanne aiheuttaa stressiä vanhemmalle, ja hoitajan on tärkeä kuulla hänen huolensa. Stressinsiedon parantamiseksi vanhemmalle voidaan opettaa rentoutustaitoja. Samat taidot ovat myös osana lapsen hoitoa, ja tällöin vanhemman on mahdollista käyttää niitä myös kotona lapsen stressin hallitsemiseksi (Cohen ym. 2006, 83–84).

Hoitaja kohtaa myös tilanteita, joissa joudutaan motivoimaan vanhempaa osallistumaan hoitoon, sillä perheiden motivaatio ja sitoutuneisuus vaihtelee. Tällöin on tärkeää kohdata vanhemman ambivalenssi ja osoittaa se myös hänelle. Hoitajan tulisi olla empaattinen ja tuomitsematon sekä validoida vanhemman vastustus suostuttelun sijaan. (Cohen ym. 2010, 219–220.) Vanhempaa tuettaessa on kuunneltava vanhemman tarpeita, jotta apu kohdistuu oikein. Vanhemmalta on kohtuutonta odottaa täydellistä sitoutumista lapsen hoitoon, jos perheessä on esimerkiksi vaikeita taloudellisia ongelmia. (Cohen ym. 2010, 223.) Hyvinvoiva vanhempi voi luonnollisesti myös tukea lastaan paremmin (Vickerman & Margolin 2007, 623).

5.3.2 Vanhemman ohjaus lapsen käyttäytymisen hallitsemiseksi

Trauman kokeneilla lapsilla yksi oirehdinnan muoto on käytöksen ongelmat, joita päteväkin vanhemman voi olla vaikea arjessa hallita (Cohen ym. 2006, 67). Usein vaikeasti käyttäytyvillä lapsilla on liikaa valtaa perheessä ikätasoonsa nähden, jolloin lapsi mieltää olevansa vastuussa itsestään ja kokee turvattomuutta. Tällaisen vaarantunteen myötä myös traumaoireet pysyvät. Ohjauksella tavoitellaan roolien ja vallanjaon terveempää jakautumista. (Faust & Katchen 2004, 433.) Tavoitteena on turvallisen ja johdonmukaisen arjen luominen lapsen elämään (Cohen, ym. 2006, 67).

Jäsennelty ja ennustettava ympäristö tuo lapselle turvallisuutta ja vanhempaa kehoitetaankin luomaan perheeseen omia rutiineja ja rituaaleja. Voidaan esimerkiksi suunnitella tietty turvallinen rutiini nukkumaanmenoajankohtaan, jos se tilanteena toimii lapselle traumaoireiden laukaisijana. (Arvidsson ym. 2011, 36.) Lisäksi vanhemmalle tarjotaan tietoutta liittyen sekä traumaan ja dissosiaatioon että oman ja lapsen käyttäytymisen hallintaan (Kinniburgh ym. 2005, 426). Ohjauksella autetaan vanhempaa ymmärtämään lapsen pelkoja ja taustalla olevaa vihaa niin, ettei huonoa käytöstä kuitenkaan hyväksytä (Silberg ym. 2004, 135). Ohjeita myös harjoitellaan käytännössä lapsen kanssa hoitajan ohjauksella (Cohen ym. 2006, 67, 152).

Vickermanin ja Margolinin (2007) mukaan vanhempaan kohdistuvat interventiot keskittyvät tavallisesti positiivisen ja rakentavan vanhemmuuden vahvistamiseen aggressiivisen kasvatustyylin sijaan. Vanhemmalle on heti alussa tärkeää ilmaista, ettei fyysinen kurittaminen ole tehokas kasvatusmenetelmä ja että se saattaa entisestään vaikeuttaa lapsen tilaa ja aiheuttaa uudelleen traumatisoitumista. Tieto lapsen kehityksestä auttaa vanhempaa odottamaan lapselta ikätasoista käytöstä. (Vickerman & Margolin 2007, 622–623.)

Myös Cohen, Mannarino ja Deblinger (2006) nostavat yhdeksi lasten traumahoidon osa-alueeksi vanhemmuustaitojen ohjaamisen perheen aikuisille. Käytännössä ohjattavia vanhemmuustaitoja ovat kehuminen ja positiivisen huomion antaminen, verrattain vähäisen huonon käytöksen huomiotta jättäminen, jäähyn käyttö sekä erilaiset käytöksen seuranta- ja palkitsemistavat, joissa lapsi saa esimerkiksi tarran hyvästä käytöksestä. Taitoja käytetään erityisesti käytösongelmista kärsivien lasten kanssa, mutta ne soveltuvat usein myös muille lapsille. Johdonmukaisuus on ensisijaisen tärkeää näidenkin tek-

niikoiden käytössä. (Cohen ym. 2006, 67.) Vanhemmalle on tärkeää kertoa, että uusien kasvatustapojen käyttö saattaa aluksi huonontaa lapsen käytöstä tämän taistellessa epämiellyttävää muutosta vastaan ja lapselle tuleekin antaa aikaa käyttäytymisen hallinnalle (Cohen ym. 2010, 217).

5.3.3 Kiintymyssuhteen korjaaminen

Vakavasti traumatisoituneilla lapsilla on taustalla usein ongelmia varhaisissa kiintymyssuhteissa, mikä näkyy vanhemman ja lapsen toimimattomana suhteenä (Punamäki 2008, 6). Cornell ja Hamrin (2008) pohtivat kiintymyssuhteen korjaamisen tarvetta verrattuna suoraan käytöksen ongelmiin puuttumiseen. He toteavat pitkittäistutkimuksia vielä tarvittavan, mutta useimmat kiintymyssuhdetutkijat ovat vakuuttuneita kiintymyssuhteen hoidon tärkeydestä käytösongelmaisilla lapsilla pysyvän hyvän hoitotuloksen saamiseksi. (Cornell & Harmin 2008, 39.)

ARC-hoitomallin (attachment, self-regulation & competency) kehittäjien mukaan kiintymyssuhteen hoito on ensisijaisen tärkeää kompleksista traumaista kärsivien lasten hoidossa. ARC-hoitomallissa keskitytään kolmeen osa-alueeseen trauman hoidossa: lapsen kiintymyssuhteen parantamiseen, tunnetaitojen opetteluun sekä ikätasoisuuden vahvistamiseen. (Kinniburgh ym. 2005, 426–429.) Kiintymyssuhteen hoito jaetaan siinä edelleen vanhemman tunteiden hallintaan, virittyneisyyden parantamiseen ja vanhemman johdonmukaisuuteen suhteessa lapseen (Arvidsson ym. 2011, 35). Myös Terr (2013) korostaa tarvetta sekä trauman että kiintymyssuhteen hoitoon työskenneltäessä traumatisoituneiden lasten kanssa (Terr 2013, 58).

Hoidossa kiintymyssuhteita voidaan pyrkiä paikkaamaan vanhempaa ohjaamalla (Kinniburgh ym. 2005, 427). Cornell ja Hamrin (2008) esittävät kaksi mallia kiintymyssuhteen korjaamiseksi: psykoedukaation ja psykoterapian. Psykoedukaatiolla vanhemman tieto ja ymmärrys lapsen tilanteesta kasvaa, minkä jälkeen kiintymyssuhteen eteen työskennellään käytännön harjoitteilla. Ajan kanssa vanhempi tulee paremmaksi vanhemman roolissaan ja vuorovaikutus lapsen kanssa paranee, jolloin myös molempien tyytyväisyys kasvaa. Toisessa vaihtoehdossa vanhempi tulee tietoiseksi omasta kasvatuksestaan psykoterapian avulla, saa korjaavia kokemuksia ja on sitä myöten valmiimpi kohtaamaan lapsensa tarpeet. (Cornell & Hamrin 2008, 44–45.)

Hoitaja toimii vanhemman valmentajana ohjaten taitoja, joita vanhempi voi itse käyttää lapsen kanssa (Cornell & Hamrin 2008, 39). Vanhempaa ohjataan kiinnostuksen osoittamiseen, lapsen huomiointiin, lapsen tarpeisiin vastaamiseen sekä omien tunteiden hallintaan. Kun vanhempi hallitsee omat voimakkaat tunteensa tai harjoittelee muuttamaan omaa tunteellista ajattelutapaansa, hän voi paremmin huomioida lapsen tarpeet, jolloin vanhemman virittyneisyys suhteessa lapseen paranee. (Arvidson ym. 2011, 39–40.) Vanhemmalle ohjataan myös aikomusten, tunteiden ja ajatusten kommunikointia lapsen kanssa (Becker-Weidman & Hughes 2008, 331).

Osana vuorovaikutteista kehityopsykoterapiaa (Dyadic Developmental Psychotherapy DDP) käytetään PACE-asetusta (playfulness, acceptance, curiosity & empathy), joka korostaa terapeutista asennoitumista kiintymyssuhteissaan traumatisoituneeseen lapseen. Osoittamalla leikkisyyttä, aitoa hyväksyntää, uteliaisuutta ja empatiaa annetaan lapselle tilaa ja turvaa eheytymiseen. Tämän mukaista toimintaa voidaan opettaa myös vanhemmille (PLACE, L=loving). (Becker-Weidman & Hughes 2008, 332; Becker-Weidman & Shell 2008, 58–59.) Vanhempaa ohjataan lapsilähtöiseen leikkiin (Arvidson ym. 2011, 44) ja leikkisän ilmapiirin luomiseen, jossa lapsi voi olla oma itsensä ja toimia itselleen mielekkäällä tavalla (Fitzgerald, Henrikssen & Garza, 2012, 54). Vanhempaa kannustetaan luomaan yhteistä tarinaa lapsen kanssa (Becker-Weidman & Shell 2008, 56) ja suhdetta lapseen niin, että vanhempi voisi toimia lohdutuksen ja turvan ensisijaisena antajana lapsen käsitellessä traumaa (Becker-Weidman & Hughes 2008, 331).

5.4 Coping- eli hallintakeinot

Coping- eli hallintakeinojen opettaminen auttaa lasta kontrolloimaan ahdistustaan ja pelkojaan, sekä vahvistamaan itsehallinnan tunnettaan. Kognitiivisilla coping-keinoilla lapsi oppii tunnistamaan haitallisia ajatuksia, jotka kohdistuvat häneen itseensä ja ympäröivään maailmaan, sekä korvaamaan näitä ajatuksia tarkoituksenmukaisemmilla ajatusmalleilla. (Faust & Katchen 2004, 435; Macdonald ym. 2012, 13.) Tavoitteena on opettaa lapselle mahdollisimman monipuolisesti keinoja hallita ahdistusta sekä yhdistää menneitä kokemuksia nykyiseen (Silberg ym. 2004, 134). Keinoja tähän ovat esimerkiksi ajatusten pysäyttäminen ja muuttaminen, myönteiset mielikuvat sekä rentoutustaidot (Vickerman & Margolin 2007, 622; Gil 2009, 143; Macdonald ym. 2012, 15). Hoi-

dossa lasta tulisi tukea kehittyneiden hallintakeinojen käyttöön runsaan dissosioinnin sijaan (Gil 2009, 199).

5.4.1 Myönteinen ajattelu ja rentoutustaidot

Ajatusten pysäyttäminen tarkoittaa kykyä keskeyttää ahdistavia ajatuksia, jotka usein vaivaavat traumatisoituneita lapsia, ja näiden ajatusten korvaamista positiivisella mielikuvalla (Cohen ym. 2006, 91). Lasta pyydetään ajattelemaan esimerkiksi viimeisintä tilannetta, jolloin häntä pelotti, ja lopettamaan ajattelu, kun hoitaja sanoo ”seis”. Tämän sujuessa keksitään yhdessä lapsen kanssa jokin myönteinen ajatus, jolla hän korvaa ahdistavan ajatuksen. Myönteinen ajatus voi liittyä esimerkiksi johonkin tapahtumaan, paikkaan tai kokemukseen, josta lapsella on onnelliset muistot. Myös piirtämistä voidaan käyttää apuna ajatusten pysäyttämisessä. Lapsi voi esimerkiksi piirtää kuvan siitä, mikä häntä pelottaa ja sen jälkeen tehdä piirustukselle jotakin, mikä saa hänen olonsa tuntumaan paremmalta, esimerkiksi piirustuksen silppuaminen. Tällä tavoin hän konkretisoi ajatuksen tuhoamisen. (Gil 2009, 141–142.) Lapsi voi hyötyä myös myönteisen ajatuksen piirtämisestä, jolloin kuvan katsominen auttaa häntä nopeammin pääsemään eroon ahdistavista ajatuksista. Mitä tarkemman kuvan lapsi saa muodostettua myönteisestä ajatuksesta, sitä helpompi hänen on ajatella sitä vaikeankin paikan tullen. (Cohen ym. 2006, 92.)

Rentoutustekniikat auttavat lasta hallitsemaan stressin aiheuttamia reaktioita, kuten yli- valppautta, ahdistuneisuutta, uniongelmia, levottomuutta ja ärtyneisyyttä. Muistot traumapahtumista voivat aiheuttaa stressireaktioiden vaikeutumista, minkä takia traumatisoituneelle lapselle on erityisen tärkeää opettaa keinoja niiden hallitsemiseksi. Esimerkiksi keskittyminen omaan hengitykseen on rentoutustekniikka, joka sopii sekä pienille että isommille lapsille. Lasta kehoitetaan hengittämään syvään niin, että hengitys menee vatsaan asti. Tätä voidaan havainnollistaa laittamalla lapsen vatsan päälle esimerkiksi pehmolelu, joka nousee vatsan mukana silloin kun lapsi hengittää oikein. Kun vatsahengitys onnistuu, kehoitetaan lasta laskemaan ajatuksissaan viiteen sekä sisään- että uloshengityksen aikana. Tämä varmistaa, ettei lapsi hengitä liian nopeasti ja pinnallisesti. Lisäksi keskittyminen laskemiseen auttaa lasta unohtamaan ahdistavat ajatukset ja tunteet. (Cohen ym. 2006, 75–78.)

Toinen tehokkaaksi todettu rentoutustekniikka on asteittainen lihasten rentouttaminen, joka on hyödyksi varsinkin uniongelmaisilla lapsilla. Lapselle voidaan havainnollistaa lihasten rentouttamista esimerkiksi vertaamalla raakaa spagettia keitettyyn spagettiin. Jotkut lapset saavat rentoutettua lihaksensa pelkästään tämän mielikuvan avulla, mutta toiset tarvitsevat opastusta jokaisen lihasryhmän asteittaisessa rentouttamisessa. Tämä tapahtuu ohjeistamalla lasta ensin jännittämään ja sitten rentouttamaan yksi lihasryhmänsä kerrallaan aloittaen varpaista ja edeten vähitellen päähän saakka. Hoitajan tulee ohjeistaa lasta vaihe vaiheelta koko harjoituksen ajan. Rentoutustekniikoiksi sopivat myös tanssin sekä muiden liikunnallisten keinojen käyttäminen, musiikin kuuntelu tai vaikka keskittyminen suklaapalan syömiseen mahdollisimman hitaasti. Tärkeintä on löytää lapselle juuri hänelle sopiva tapa saada aikaan fyysinen ja psyykinen rentoutuminen. (Cohen ym. 2006, 80–83.)

5.4.2 Kognitiiviset coping-keinot

Kognitiiviset coping-keinot auttavat lasta muuntamaan haitallisia ja vääristyneitä ajatuksiaan toisenlaisiksi. Lapsella saattaa olla hyvinkin vääristyneitä ajatuksia kokemaansa traumasta, sillä hänen elämäkokemuksensa ei vielä riitä traumatapahtuman ymmärtämiseen. On tärkeää päästä korjaamaan näitä käsityksiä, jotta ne eivät jää lapsen mieleen jatkuvina itesyytöksinä ja epäluottamuksena ympäröivään maailmaan. Kognitiivisten ajatusvääristymien korjaamiseksi lapselle tulee opettaa ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhteys toisiinsa. Esimerkkeinä opetuksessa on hyvä käyttää jokapäiväiseen elämään liittyviä ajatuksia ja tilanteita, sillä trauman ottaminen puheeksi tässä vaiheessa saattaa olla lapselle liian raskasta ja hämmentävää. (Cohen ym. 2006, 107–108.)

Aluksi on tärkeää selittää lapselle, että tunteet eivät ilmesty tyhjästä vaan ne syntyvät ajatusten pohjalta. Lapsen opittua tunnistamaan ajatuksiaan, joiden pohjalta tunteet syntyvät, voidaan siirtyä opettelemaan ajatusten muuttamista. Kun lapsi huomaa ajattelevansa negatiivisesti, häntä voidaan neuvoa muuttamaan ajatusta esimerkiksi vaihtamalla kuvitteellisesti tv-kanavaa, muuttamalla sarjakuvan ajatuskuplan sisältöä tai laittamalla eriväriset aurinkolasit päähän nähdäkseen asiat toisessa valossa. Viimeinen vaihe on opettaa lapselle, kuinka ajatukset ja tunteet vaikuttavat hänen käyttökseen, ja kuinka hän ajatuksiaan muuttamalla muuttaa myös käyttäytymistään parempaan suuntaan. (Cohen ym. 2006, 108–111.)

Kun lapsi on jo käsitellyt traumaansa ja päässyt muodostamaan traumanarratiivia, voidaan keskittyä muuttamaan traumaan liittyviä vahingollisia ajatuksia aikaisemmin opetellun kognitiivisen mallin avulla. Vahingolliset ajatukset voivat olla esimerkiksi itsesyytöksiä siitä, että lapsen olisi pitänyt pystyä estämään tapahtunut. Traumanarratiivia apuna käyttäen hoitaja voi etsiä ne ajatukset, jotka ovat vahingollisia lapselle ja käydä niitä yksi kerrallaan läpi lapsen kanssa. (Cohen ym. 2006, 136–137.) Myös rentoutustaitojen hallitsemisesta on tässä vaiheessa hyötyä, kun käsitellään ahdistavia ja vaikeita ajatuksia (Cohen ym. 2006, 75).

5.4.3 Dissosiaation käsittely

Dissosiaatio ja koetut traumat liittyvät usein läheisesti yhteen, sillä dissosiaatio toimii puolustuskeinona pelottavia ajatuksia ja tunteita vastaan. Dissosiaation ongelmiin on kuitenkin tarpeellista puuttua, sillä dissosiointi estää lasta osallistumasta hoitoon kokonaisvaltaisesti, jolloin hoidon potentiaalinen hyöty jää saavuttamatta. Lapsilla dissosiaation yleisimmät muodot ovat epätodellisuuden tunne, kehonosien tunnottomuus sekä tunne ”pihalla olemisesta”. (Gil 2009, 200; Silberg ym. 2004, 123–124.)

Dissosiaatioon puututtaessa on ensin luotava yhteinen kieli ja terminologia lapsen kanssa sekä tehtävä dissosiativinen käyttäytyminen näkyväksi esimerkiksi videoimalla tai kertomalla lapselle havaitusta käytöksestä. Dissosiointia voidaan kutsua esimerkiksi ”häipymiseksi” ja lasta kehoitetaan kiinnittämään huomioita oloonsa seuraavan kerran, kun ”häipyminen” on tapahtumassa. On tärkeää jossain määrin normalisoida dissosiaatiota kertomalla, että kaikki tekevät sitä joskus, mutta myös osoittaa sen haittoja arkielämälle (outouden tunne, muistivaikeudet). Lapselta on hyvä pyytää lupa dissosiaatioon puuttumiseen ja tavoitella yhdessä sen kontrolloitua, positiivista käyttöä. (Gil 2009, 197–198.)

Lapsesta riippuu, minkälainen puuttumistapa kullekin sopii. Dissosiaatiota voidaan pyrkiä hallitsemaan fyysisellä liikkeellä, hengittämällä syvään tai puhumalla läsnä oleville ihmisille. Hetkessä ja läsnä voidaan yrittää pysyä myös laskemalla pulssia, kuuntelemalla sydämenlyöntejä, katsomalla peiliin ja kuvailemalla näkemäänsä. Vastaavasti voidaan tehdä erilaisia aktiviteetteja kuten laulamista, piirtämistä tai osallistua ryhmätoimintaan. (Gil 2009, 199–200.)

5.5 Tunnetaidot

Traumatisoituneilla lapsilla on usein vaikeuksia normaalissa tunneilmaisussa ja tunteiden säätelyssä. Kivuliaat tunteet, kuten kauhu, viha ja hämmennys saattavat välillä ilmaantua niin voimakkaina ja toisiinsa sekoittuneina, ettei lapsi kykene ymmärtämään eikä käsittelemään niitä. Tämän vuoksi traumoja kokeneille lapsille on tärkeä opettaa keinoja, joilla he pystyisivät ilmaisemaan sekä traumaan että jokapäiväiseen elämäänsä liittyviä tunteitaan. Kun lapsi oppii hallitsemaan ja hyväksymään vaikeita tunteitaan, hänen ei tarvitse enää turvautua vahingollisiin keinoihin, kuten itsensä tai toisten satuttamiseen, näiden purkamiseksi. (Silberg ym. 2004, 136; Cohen ym. 2006, 87; Terr 2013, 54–55.) Lapsen on myös tärkeä ymmärtää tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen yhteyttä toisiinsa, jotta hän kykenisi reagoimaan stressaaviin tilanteisiin tarkoituksenmukaisella tavalla (Vickerman & Margolin 2007, 622). Tunnetaidot pitävät sisällään kolme aluetta, jotka ovat tunteiden tunnistaminen, tunteiden ilmaiseminen sekä tunteiden hallitseminen (Kinniburgh ym. 2005, 428; Arvidson ym. 2011, 36–37).

5.5.1 Tunteiden tunnistaminen

Tunnetaitojen opettelu aloitetaan tunteiden tunnistamisesta, joka pitää sisällään omien ja muiden ilmaisemien tunteiden tunnistamisen, nimeämisen sekä niiden yhdistämisen kokemuksiin ja tilanteisiin (Kinniburgh ym. 2005, 428; Arvidson ym. 2011, 36). Lapsen voi olla vaikea erottaa esimerkiksi positiivisia ja negatiivisia tunteita toisistaan, jolloin lapselle tulee selittää, että jokainen ihminen kokee sekä positiivisia että negatiivisia tunteita ja ne saattavat vaihdella välillä tiuhaankin tahtiin (Cohen ym. 2006, 87). Joidenkin lasten kohdalla työskentely taas joudutaan aloittamaan aivan perusasioista, kuten tunteiden nimeämisestä (Terr 2013, 54).

Tunteiden tunnistamiseen ja niistä puhumiseen on olemassa monia apuvälineitä, kuten tunnekortit, -pelit ja -sadut, mutta hoitaja voi yhtä hyvin kehittää omia tapojaan puhua tunteista lapsen kanssa (Cohen ym. 2006, 88; Green, Crenshaw & Colos 2010, 54). Lapsi voi esimerkiksi kirjoittaa paperille niin monta tunnetta kuin pystyy siinä hetkessä keksimään, minkä jälkeen hoitaja miettii yhdessä lapsen kanssa, millaisissa tilanteissa lapsi on tuntenut mitään tunnetta. Myös tietyn värin yhdistäminen tiettyyn tunteeseen

voi helpottaa lasta ymmärtämään erilaisia tunteita. Yksi tärkeä osa tunteiden tunnistamisessa on selittää lapselle, että samaan aikaan on mahdollista tuntea monia, jopa täysin vastakkaisilta tuntuvia tunteita. Esimerkkinä voidaan ajatella vaikka tilannetta, jossa lapsi voittaa kisassa parhaan ystävänsä. Tällöin hän saattaa olla omasta puolestaan todella iloinen, mutta samalla tuntea surua ystävän häviöstä. (Cohen ym. 2006, 88–89.)

Tunteiden tunnistamista tulisi harjoitella niin kauan, että lapsi pystyy nimeämään erilaisia tunteita eri tilanteissa. Tähän pääseminen vaatii lapsesta riippuen yksilöllisen määrän harjoittelua. (Cohen ym. 2006, 89.) Traumaattisia tapahtumia kokeneiden lasten on erittäin tärkeää oppia nimeämään myös niitä tunteita, jotka liittyvät itse traumaan, jotta ne eivät jää lapsen mieleen vääristyneinä ja vahingollisina (Macdonald ym. 2012, 15).

5.5.2 Tunteiden ilmaiseminen

Seuraava vaihe tunnetaitojen opettelussa on tunteiden turvallinen ja tarkoituksenmukainen ilmaiseminen, sillä tunteiden jakaminen muiden kanssa on oleellinen osa terveitä ja toimivia ihmissuhteita (Kinniburgh ym. 2005, 428; Arvidson ym. 2011, 37). Yksi hyvä keino tunteiden ilmaisemiseen varsinkin pienempien lasten kanssa on leikki. Leikkiminen antaa turvallisen väylän vaikeiden tunteiden ilmaisuun ja purkamiseen ilman, että lapsi joutuu suoraan käsittelemään traumaattisia muistoja. (Green ym. 2010, 98.)

Robarts (2006) on tutkinut musiikin käyttämistä tunteiden ilmaisemisen apuna ja todennut sen toimivan terapeuttisena väylänä vaikeiden asioiden käsittelemiseen ja erilaisten tunnetilojen herättämiseen. Erilaisilla instrumenteilla lapsi pystyy ilmaisemaan omia tunnetilojaan ja jopa säätämään niitä. Yhteisellä improvisaatiolla hoitajan kanssa lapsi voi tuntea sellaista yhteenkuuluvuutta ja ymmärrystä, jota on vaikea esimerkiksi puheen avulla saavuttaa. Musiikkia käytettäessä on kuitenkin tiedostettava sen voimakas vaikutus lapsen tunnetiloihin, ja tarkkailtava jatkuvasti, ettei se muutu lapselle ahdistavaksi kokemukseksi. (Robarts 2006, 249, 251–252, 254–255.) Sama pätee myös leikkimiseen, joka saattaa lapsella muuttua pakonomaiseksi ja ahdistavaksi traumakokemuksen toistamiseksi, jos hoitaja ei säätöle sen kulkua (Green ym. 2005, 98).

Lapsille tyypillinen keino ilmaista vaikeitakin tunteita on piirtäminen. Useimmiten lapsi oppii käyttämään värikyniä ennen kuin hän pystyy ilmaisemaan itseään kunnolla sanal-

lisesti, mikä johtaa siihen, että lapsen voi olla myöhemmälläkin iällä helpompi ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan piirtämällä kuin puhumalla. Tämän on todettu pätevän niin poikien kuin tyttöjen kohdalla leikki-ikästä teini-ikään asti. (Katz & Hamama 2013, 877–879.)

5.5.3 Tunteiden hallitseminen

Viimeinen osa tunnetaitoja on tunteiden hallitseminen eli kyky tunnistaa omien tunnetilojen muuttumista ja säädellä niitä niin, että ne eivät saa yliotetta (Kinniburgh ym. 2005, 428). Tunnetilojen säätelyyn on hyvä opettaa monia erilaisia keinoja, jotta lapsi voi niistä valita itselleen tai tilanteeseen sopivimman. Hoitajan tulee myös harjoitella lapsen kanssa erilaisia tilanteita, joissa tunteet saattavat ottaa vallan, ja kokeilla yhdessä niihin sopivia hallitsemiskeinoja. (Cohen ym. 2006, 100–101.)

Lapsi voi esimerkiksi tehdä itselleen listan keinoista, joilla rauhoittaa itsensä, kun olo alkaa tuntua liian ahdistavalta. Näitä keinoja voivat olla esimerkiksi positiivinen ajattelu ja mielikuvat, aikuiselle puhuminen tai piirtäminen ja kirjoittaminen (Silberg ym. 2004, 138; Cohen ym. 2006, 100). Tunteiden hallitsemiseksi voidaan myös opettaa erilaisia rentoutumis- ja hengitystekniikoita, jotka auttavat lasta tasapainottamaan ahdistavaa oloa (Aideuis 2007, 549; Vickerman & Margolin 2007, 622).

5.6 Identiteetin ja itsetunnon tukeminen

5.6.1 Identiteetin tukeminen

Identiteetin kehitys on saattanut trauman seurauksena vaurioitua varsinkin lapsilla, jotka ovat kokeneet traumoja hyvin nuorena (Arvidson ym. 2011, 45; Macdonald ym. 2012, 13). Identiteetin tukemiseksi lapselle tulee hoidon kuluessa konkreettisesti osoittaa myönteisiä ominaisuuksia ja vahvuuksia, joita hänestä löytyy (Silberg ym. 2004, 136; Kinniburgh ym. 2005, 430; Cohen ym. 2006, 92–93; Arvidson ym. 2011, 45).

Apukeinona identiteetin tukemiselle hoitaja voi esimerkiksi reflektoida lapselle hänen leikkimistään ja käyttäytymistään huomauttamalla hänelle, kuinka kovasti hän näyttäisi

pitävän omenista tai kuinka hauskaa hänellä on leikkiautoilla puuhatessaan. Tämä auttaa lasta saamaan käsityksen siitä, millainen persoona hän on. Lapsen kanssa voidaan myös yhdessä tutkiskella esimerkiksi leikin kautta, millainen persoona hän haluaisi tulevaisuudessa olla ja rohkaista lasta pyrkimään tähän. (Arvidson ym. 2011, 45–46.)

5.6.2 Itsetunnon tukeminen

Hyvää itsetuntoa vahvistaakseen hoitajan tulee tuoda esiin lapsesta ominaisuuksia, jotka kertovat hänen osaamisestaan. Lapselle tulee antaa mahdollisuuksia onnistumiseen ja onnistumiset tulee aina huomioida niin, että lapsi saa niistä suoraa palautetta. (Kinniburgh ym. 2005, 430; Arvidson ym. 2011, 46.) Yhtä tärkeää on auttaa lasta löytämään myönteisiä asioita myös kokemistaan vastoinkäymisistä (Silberg ym. 2004, 136; Cohen ym. 2006, 92–93). Lapselle huomautetaan, kuinka hyvin hän pärjää huolimatta niistä vaikeista asioista, joita hän on elämässään joutunut läpikäymään. Lapsen kanssa voidaan myös yhdessä pohtia, kuinka vaikeat koettelemukset tekevät joskus ihmisestä jopa vahvemman. (Cohen ym. 2006, 92–93.)

Lapsen kanssa voidaan myös keksiä itsetuntoa vahvistavia toteamuksia, joita lapsi voi itselleen sanoa silloin, kun hän tuntee itsensä lannistuneeksi. Toteamukset voivat liittyä esimerkiksi lapsen perheeseen tai muihin läheisiin ihmisiin, jotka välittävät hänestä, tai ne voivat olla yksinkertaisesti toteamuksia siitä, että hän selviää tilanteesta kuin tilanteesta. Myönteisten toteamusten on tarkoitus auttaa lasta myös tulevaisuudessa, kun hän kohtaa vaikeita elämäntilanteita. (Cohen ym. 2006, 92–93.)

5.7 Sosiaaliset taidot ja ryhmähoito

Vakavasti traumatisoituneilla lapsilla yleiset impulssinhallinnan haasteet ja tunnetaitojen heikkous vaikeuttavat lapsen kykyä toimia sosiaalisissa suhteissa. Lapsen tapa selviytyä epäselvissä tai vaikeissa sosiaalisissa tilanteissa voi rajoittua vain yhteen tai kahteen tapaan, esimerkiksi hyökkäykseen tai täydelliseen vetäytymiseen. Kuitenkin esimerkiksi juuri ystävyys-suhteet voivat suojata lasta trauman vaikutuksilta ja toimia traumasta toipumisessa resilienssiä lisäävänä tekijänä (Silberg ym. 2004, 140). Ongel-

manratkaisutaitoja ja sosiaalista kanssakäymistä voidaan harjoitella lapsen ja hoitajan kesken, mutta myös ryhmä tarjoaa siihen ideaalit puitteet. (Cohen ym. 2006, 95, 99.)

5.7.1 Yksilöllinen harjoittelu

Sosiaalisten taitojen harjoittelu on hyvä aloittaa lapsen kanssa kahden kesken rauhallisessa ympäristössä. Hoitaja voi opettaa lapselle ikätason huomioiden suhteellisen helppoja taitoja kuten vuorottelua, toisen kuuntelemista ja ajoittaista toisen toiveisiin suostumista. Haastavampia opetettavia taitoja ovat sosiaaliseen suosiioon liittyvien epäloogisten ja epäoikeudenmukaisten hierarkioiden sekä sosiaalisten vihjeiden ymmärtäminen. Lapselle voidaan opettaa sanatonta kehollista viestintää, kuten sopivan katsekontaktin ottamista ja itsevarmuutta ilmaisevaa vartalon asennon hallintaa. Hoitaja harjoittelee taitoja lapsen kanssa käytännössä ottamalla toisen lapsen roolin, ja lopulta harjoittelu siirtyy todellisiin tilanteisiin. Lapselle annetaan kehuja sekä korjaavaa rakentavaa palautetta tarkastelemalla kehitystä viikkojen mittaan. (Cohen ym. 2006, 99–100.)

Ongelmanratkaisutaitoja voidaan opetella lapsen kanssa käyttäen ketjuanalyysiä. Aluksi määritellään ongelma ja tunnistetaan sen mahdolliset ratkaisut, jonka jälkeen pohditaan jokaisen ratkaisun mahdolliset seuraukset ja valitaan ratkaisu, jonka lopputuloksen uskotaan olevan lähinnä haluttua tulosta. Ratkaisua testataan käytännössä ja arvioidaan sitten sen toimivuutta yhdessä. Jos ratkaisu ei toiminut, lapsen kanssa mietitään, mikä meni pieleen ja opittua pyritään käyttämään hyväksi seuraavan ongelman kohdatessa. (Cohen ym. 2006, 95.) Lapselle opetetaan myös turhautumisen sietoa, koska sosiaaliset tilanteet ovat harvoin täysin ennakoitavissa. Harjoittelu kuitenkin usein lisää lapsen hallinnan tunnetta hoitoa edistävästi. (Kinniburgh ym. 2005, 429.)

Empatian kehittäminen on yksi osa-alue lasten sosiaalisten taitojen opettelussa. Lapsen kyky empatiaan kehittyy vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa hoitajan hyväksyessä ja validoidessa lapsen ajatukset ja tunteet. Lapselle kehittyy kyky itsearvostukseen ja hän oppii arvostamaan myös muita. Empatiakyvyn on todettu olevan yhteydessä ystävyys-suhteiden laatuun. (Green ym. 2010, 100.)

5.7.2 Ryhmähoito

Ryhmätilanteet ovat ideaali tapa sosiaalisten taitojen harjoitteluun erityisesti traumatisoituneille lapsille, sillä samalla aukeaa tilaisuus tavata muita traumaattisia tapahtumia kohdanneita lapsia. Lapsilla liittyy traumaan usein häpeää ja ryhmätyöskentely voi auttaa stigman hälventämisessä. Lapsen kohdatessa muita traumatisoituneita lapsia, joista he pitävät ja joiden näkevät voivan hyvin, myös lapsen käsitys itsestä voi muuttua myönteisemmäksi. (Cohen ym. 2006, 99.) Lapsi hyötyy usein myös ryhmähoidon psyykoedukatiivisesta orientaatiosta (Vickerman & Margolin 2007, 422).

Gil (2009) kirjoittaa ryhmäterapian hyödyllisyydestä seksuaalisen hyväksikäytön seurauksena traumatisoituneille lapsille. Hän erottaa toisistaan traumaan liittyvät hoidolliset ryhmät ja sosiaalisten taitojen parantamiseen tähtäävät ryhmät. Trauman ryhmähoidossa ryhmän jäsenten tulee olla suhteellisen homogeenisiä trauman aiheuttajan suhteen, ja ryhmiin voidaan osallistua vain tietyin rajoituksin, esimerkiksi akuutti traumaperäinen stressihäiriö tai keskeneräinen oikeusprosessi ovat este. Yleisempiin sosiaalisia taitoja harjoittaviin ryhmiin voidaan ottaa lapsia, joilla on erilaisia traumoja taustallaan. Yleisenä esteenä ryhmähoidolle Gilin (2009) mukaan on lapsen käytöksen vaikea säätelymättömyys, mikä estää yhteistyön muiden kanssa. (Gil 2009, 83–84.)

Vickerman ja Margolin (2007) tuovat esiin myös mahdollisuuden ryhmähoidon epäonnistumiseen. Vaarana on, että lapsi tulee ryhmässä hyljeksityksi ja saa huonoja kokemuksia ohjaajien tuesta huolimatta, mikä voi olla erityisen haavoittavaa traumatisoituneelle lapselle. Heidän mukaansa ryhmän on kuitenkin mahdollista opettaa lapselle ongelmanratkaisutaitoja sosiaalisissa tilanteissa sekä opettaa lasta vastaamaan tilanteisiin reippaasti olematta aggressiivinen. (Vickerman & Margolin 2007, 622.)

Yksi ryhmän hoitava tekijä on toivon herääminen myös lapsiryhmissä. Toivo edistää lapsen normaalia kehitystä ja kasvattaa resilienssiä. Lasten vertaisryhmiä on tutkittu muun muassa vanhempansa traumaattisesti menettäneillä lapsilla. Itsemurhan tehneiden vanhempien lapsilla ahdistus sekä masennusoireet vähenivät ryhmähoidossa ja lapset saivat ryhmästä apua sosiaalisin tilanteisiin ryhmän ulkopuolellekin. (Mitchell ym. 2007, 5–6.)

5.8 Trauman integrointi

Trauman käsittely kuuluu yhtenä osa-alueena traumatisoituneen lapsen hoitoon (Cohen ym. 2006, 119). Ennen käsittelyä lapsella on tärkeää olla traumatietoutta (Terr 2013, 55) ja käsiteltäessä traumamuistoja lapsen tulee olla oikeassa virittyneisyyden tilassa, sillä trauma ei prosessoidu toleranssi-ikkunan ulkopuolella (Tufnell 2009, 320). Tämän vuoksi lapsen kanssa harjoitellaan taitoja virittyneisyyden ja tunteiden hallitsemiseksi ennen trauman käsittelyä (Tufnell 2009, 320). Hoitaja keskustelee lapsen kanssa, ei kuulustele. Keskustelussa säilytetään levollisuus vakavuuden sijaan ja hoitaja hyväksyy lapsen vastustuksen vastaamalla uteliaisuudella ja empatialla PACE-asenteen mukaisesti. (Becker-Weidman & Hughes 2008, 331.) Trauman käsittely voi tapahtua lapsen kerrotun tarinan avulla, mutta myös nonverbaalisia, toiminnallisia keinoja voidaan käyttää erityisesti nuorempien lasten kohdalla (Gil 2009, 27).

5.8.1 Traumanarratiivi

Traumanarratiivin tai -tarinan rakentamisessa eli lapsen vähittäisessä altistamisessa traumaattisille muistoille on tarkoituksena totuttaa lasta traumamuistoihin ja -laukaisijoihin, jotta muistoille altistuminen ei haittaisi lapsen arkielämää välttämiskäyttäytymisenä tai fyysisenä ja psyykkisenä ylivireytenä (Cohen ym. 2006, 119). Tarkoituksena on myös rakentaa lapselle ehyt ja yhtenäinen elämäntarina, johon lapsi integroi traumaattisen tapahtuman tai tapahtumat. Traumaattisesta tapahtumasta tulee osa lasta ja hänen tarinaansa, eikä se määritä häntä kokonaisuutena. (Becker-Weidman & Shell 2008, 57; Arvidson ym. 2011, 37.) Työskentelyn myötä pyritään erottamaan traumaan liittyvät ajatukset, muistot ja keskustelu vaikeasti siedettävistä negatiivisista tunteista, kuten häpeä, viha, kauhu ja avuttomuus (Cohen ym. 2006, 119).

Lapsi voi toisinaan olla haluton puhumaan traumaan liittyvistä tapahtumista ja lapselle tuleekin kertoa, miksi häntä siihen rohkaistaan. Esimerkkinä voidaan käyttää likaista haavaa, joka voidaan päättää jättää hoitamatta ja toivoa sen paranevan, vaikka kuitenkin tiedetään, että haava usein tulehtuu ja menee huonommaksi. Lapselle voidaan myös lukea kirja samankaltaisista kokemuksista lapsen rohkaistumiseksi. (Cohen ym. 2006, 121–122.) Hoitaja voi auttaa lasta eteenpäin avoimilla kysymyksillä, mutta ei saa ohjail-

la lasta tai arvuutella tarinan kulkua. Vaikka lapsen tarina muistuttaisi hajanaista palape-
liä, hoitaja työskentelee sen pohjalta. (Terr 2013, 57.)

Lasta pyydetään kertomaan tarina traumaattisesta tapahtumasta siten, että tarinaa toiste-
taan useaan otteeseen lisäten siihen yksityiskohtia, lapsen tarinaan liittyviä ajatuksia ja
tunteita. Lapsi kirjoittaa tarinan ylös tai hoitaja voi toimia kirjurina. Oikein tehtynä hoi-
taja rohkaisee lasta kertomaan vähitellen tapahtuman vaikeammista osista, kuitenkin
niin, että lapsi kestää käsittelyn. Toistuva vähittäinen altistaminen totuttaa lasta trau-
maan liittyville muistolle vähentäen lapsen tarvetta vältellä niitä, jolloin myös trauma-
muistojen oireet (PTSD) vähenevät ja lapsi pystyy paremmin toimimaan arjessaan. Lap-
set, jotka ovat kokeneet useita, toistuvia tai erilaisia traumoja, voivat ottaa käsittelyyn
valitsemiaan tapahtumia ja koota niistä traumanarratiiveja hoitajan kanssa. Näiden las-
ten kanssa voidaan tehdä myös kokonaisvaltaisempaa elämäntarinaa, josta lapsi voi
traumaattisten tapahtumien lisäksi nähdä onnellisia aikoja. (Cohen ym. 2006, 119–120,
125.)

Tarinankerronnan myötä hoitaja myös auttaa lasta tunnistamaan ja korjaamaan trau-
maan liittyviä erilaisia kognitiivisia vääristymiä aikaisemmassa hoidon vaiheessa harjoi-
teltujen taitojen mukaisesti. Lapsi voi tarinassaan ilmaista esimerkiksi itsesyytöksiä tai
huonommuuden tunteita. Vaikeiden tunteiden herättämiä ajatuksia ja uskomuksia tulee
läpikäydä ja tarvittaessa muuttaa, jos ne ovat vääriä tai eivät auta lasta eteenpäin toipu-
misessa. Lapsi on hyvä palkita jokaisen työskentelyn jälkeen esimerkiksi mieleisellä
tekemisellä. (Cohen ym. 2010, 122, 124.)

Traumanarratiivityöskentelyn ohella paneudutaan traumalaukaisijoihin eli traumasta
muistuttavien yllykkeiden, kuten tilanteiden tai sisäisen kokemuksen, hallintaan välttä-
miskäyttäytymisen tai voimakkaiden reaktioiden ehkäisemiseksi. Traumaan liittyvät
laukaisijat varoittavat lasta vaarasta, mutta toisinaan ne ovat kuitenkin epäpäteviä.
Luonnollisesti on tärkeää, että hoidossa puututaan vain harmittomien laukaisijoiden
karsimiseen, kuten yleistyneeseen nukkumaanmenon pelkoon seksuaalisesti hyväksi-
käytetyillä lapsilla. Lasta voidaan vähitellen altistaa pelottaville asioille käytännön har-
joituksilla. Aloitettaessa harjoitukset on tärkeä viedä ne johdonmukaisesti loppuun, jotta
kynnys ei nousisi entistä korkeammaksi. (Cohen ym. 2006, 147–148.)

Narratiivien rakentamiseen verbaalisesti liittyy toisinaan ongelmia. Gilin (2009) mukaan puhuminen voi joskus tehdä ongelmasta todellisemman tai vakavamman ja aiheuttaa kertojalle hämmennystä ja levottomuutta (Gil 2009, 27). Jonesin ja Morrisin (2007) mukaan lasten ei välttämättä ole tarpeellista kertoa yksityiskohtia tai tarinaa hyväksikäyttötraumasta. He uskovat uudelleen traumatisoitumisen olevan vaarana. Heidän mukaansa kertomisesta hoitavalle taholle voi olla toisille lapsille hyötyä riippuen siitä, onko lapsi pystynyt jakamaan tarinan jo jonkun aikuisen kanssa aiemmin ja onko lapsen kertomusta uskottu. Kertomisen tarpeeseen vaikuttaa myös lapsen kehityksellinen ikä ja se uskooko hän hoitajan olevan avoin kertomukselleen. Jos lapsi on jakanut tarinan jo toisen aikuisen kanssa, voidaan keskustella ennemmin kertomisen seurauksista. Jones ja Morris (2007) toteavat myös, että toisilla lapsilla taustalla olevat kokemukset ovat niin rankkoja, että lapsen on vaikea nostaa yksittäisiä tapahtumia käsittelyyn. (Jones & Morris 2007, 223–224, 234.) Myös Terr (2013) toteaa, ettei traumanarratiivin rakentaminen ole välttämätöntä, sillä lapset ilmaisevat muistojaan sanomisillaan ja tekemisillään. Puheterapian tulisi sisältää vähintäänkin leikkisyyttä ja metaforia, jotka eivät ole niin uhkaavia potilaille. (Terr 2013, 57, 60.)

5.8.2 Toiminnallisuus trauman käsittelyssä

Toiminnallisuus tai ekspressiiviset terapiat traumatisoituneiden lasten hoidossa tähtäävät myös asteittaiseen altistumiseen ja tunteiden käsittelyyn. Ekspressiivisillä eli ilmaisuterapioilla tarkoitetaan taideilmaisun ja leikin käyttöä terapeuttisessa kontekstissa. Taideilmaisun muotoja ovat esimerkiksi musiikki, tanssi ja liike, draama, kirjoittaminen sekä hiekkaterapiat. Ekspressiivisiä terapioita pidetään lapsilähtöisinä ja luontaisia paranemismekanismeja tukevinä. (Gil 2009, 91, 125–126.) Gilin (2009) mukaan traumatisoituneiden lasten hoidossa ei voida laskea liikaa verbaalisen kommunikaation varaan, vaan hoidossa tulee olla vaihtoehtoisia toteuttamistapoja lapsen yksilöllisyyden huomioon. (Gil 2009, 91.)

Ilmaisuterapioiden uskotaan sopivan hyvin lapsille, joiden verbaalinen kommunikointikyky tai konkreettinen ajattelu ei ole vielä täysin kehittynyt. Lisäksi erilaiset taiteet ja leikki ovat lapsille ennestään tuttuja aktiviteetteja, joihin heidän on helppo osallistua. Lapset kokevat usein turvallisena ympäristön, jossa on leluja, ja ne auttavat lasta lähestymään myös hoitajaa. (Gil 2009, 98–99.) Esimerkiksi leikkiterapiassa lapsi voi ilmaista

tunteitaan ja tapahtumia leikin kautta omassa tahdissaan tilannetta halliten turvallisessa ympäristössä turvallisen aikuisen läsnä ollessa. Lapsi saa empaattiselta aikuiselta apua tapahtumien saattamisessa kontekstiinsa ja perspektiiviin (kognitiivisten vääristymien korjaus). (Green ym. 2010, 91, 95.) Vaikka lapsi luonnollisesti käsittelee kokemuksiaan leikin kautta, on trauman jälkeistä leikkiä hyvä valvoa, jotta huomataan juuttuvan trauman jälkeisen leikin ilmeneminen normaalin dynaamisen leikin sijaan. Juuttuva leikki eroaa dynaamisesta leikistä muun muassa tunteiden rajoittuneisuutena, leikin samanlaisuutena kerrasta toiseen sekä leikin jälkeisenä jännittyneisyytenä. (Gil 2009, 188.)

Robarts (2006) on tutkinut musiikkiterapian käyttöä 4–12-vuotiaiden seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuneiden lasten keskuudessa. Hän uskoo musiikkiterapian tarjoavan lapselle uuden tavan olla läsnä ja auttaa lasta työstämään kokemaansa trauma, jonka myötä lapselle kehittyi selkeämpi kuva itsestään. Musiikki lisää mielikuvitusta ja kuvittelua, joka saattaa mahdollistaa myös spontaanin omaelämäkerrallisen muistin järjestäytymisen lapsen osallistuessa läsnäolevasti ja täydesti musiikilliseen kokemukseensa. Muistaminen etenee sensoriselta ja tiedostamattomalta tasolta tietoisuuteen. Musiikin avulla lapsi voi saada myös korjaavia myönteisiä kokemuksia itsestään. (Robarts 2006, 256, 265.)

Toiminnallisuus myös osana keskustelevaa terapiaa saattaa auttaa lasta avautumaan. Voidaan esimerkiksi käyttää ”piirrä ja puhu” -tekniikkaa, jossa lapsi piirtäessään myös kertoo tarinaansa samalla luontevammin spontaanin muistamisen ollessa helpompaa. Piirtämällä lapsi voi ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan, joita hän ei osaa laittaa sanalliseen muotoon. Lasten piirrosten tulkinta voi olla vaikeaa, joten niitä voidaan enimmäkseen pitää suuntaa antavina tai vihjeinä lapsen tunteista aiheita kohtaan. Piirtäminen helpottaa myös lapsen sanallisen tarinan järjestäytymistä. Piirustus voi toimia lapselle vaikeiden tunteiden varastona antaen lapselle hetkittäistä vapautta. (Katz & Hamama 2013, 878, 880.)

Hyödyistä huolimatta ilmaisuterapioita on kritisoitu muun muassa nonverbaaliin ilmaisuun rohkaisemisesta ja toisinaan oireita pahentavasta kieltämisen sallimisesta lapselle. Kritiikki kohdistuu myös perinteiseen tapaan jättää vanhemmat hoidon ulkopuolelle. (Gil 2009, 126.) Kuitenkin parhaaseen tulokseen päästään yhdistämällä erilaisia terapeuttisia lähtökohtia lapsen tarpeiden mukaan (Gil 2009, 126; Terr 2013, 61).

5.9 Turvallisuustaidot

Lapsen tullessa hoitoon kompleksin traumatisoitumisen vuoksi hoitavan tahon on ensisijaisesti varmistettava lapsen turvallisuus ja huolehdittava, ettei lapsi enää joudu altistumaan uusille traumatisoiville tapahtumille esimerkiksi kotonaan (Vickerman & Margolin 2007, 622). Gilin (2009) mukaan työskentely vakavasti traumatisoituneiden lasten kanssa vaatii perinteisen mielenterveystyön rajojen laajentamista, sillä lapsen elinympäristön turvallisuuden huomioiminen on erittäin tärkeää. (Gil 2009, 33–34.) Lapsen turvallisuudesta tulee huolehtia koko hoidon ajan muuttuvat tilanteet huomioiden (Vickerman & Margolin 2007, 622). Turvallisuustaidot lisäävät lapsen tunnetta omasta pystyvyydestään sekä hallinnan tunnetta, mikä on erityisen tärkeää vakavasti traumatisoituneille lapsille, joilla on suuri riski uudelleen traumatisoitua nuorena ja aikuisena (Cohen ym. 2006, 160).

Vaikka traumatisoituneilla lapsilla on usein yleistyneitä ja epärealistisia pelkoja, osa lasten peloista on todellisia. Tällaisiin pelkoihin voi parhaiten vastata asiallisella turvallisuusohjauksella. Ohjaus on hyvä toteuttaa hoidossa vasta traumanarratiivin luomisen jälkeen, jolloin lapsella on ollut jo mahdollisuuksia käsitellä muun muassa syyllisyyden tunteitaan, sillä lapsi voi muuten tulkita ohjeet turvallisuustoimista omaksi tyhmyydekseen, kun ei osannut niitä jo aikaisemmin käyttää. Lisäksi traumanarratiivin ollessa kesken lapselle voi tulla kiusaus kertoa toimintansa tapahtumissa edullisemmin kuin todellisuudessa. Lasta tulee kehua aikaisemmasta toiminnastaan, jotta voitaisiin välttää ikävät syyllisyydentunteet (Jones & Morris 2007, 228). Toisinaan turvallisuustaitojen opettaminen aikaisessakin vaiheessa on tarpeen, esimerkiksi jos väkivaltaisella vanhemmalla säilyy tapaamisoikeus lapseen. (Cohen ym. 2006, 157–159.)

Turvallisuusohjaus on todettu tehokkaammaksi silloin kun myös vanhemmat osallistuvat siihen ja voivat vahvistaa taitoja myöhemmin kotiloissa (Jones & Morris 2007, 227). Ohjaus voidaan aloittaa palo- ja liikenneturvallisuusohjauksella, jotta normalisoidaan myös henkilökohtaisesta turvallisuudesta puhuminen (Cohen ym. 2006, 158). Aluksi pyritään vahvistamaan lapsen kykyä puhua vaikeista ja hämmentävistä asioista. Lapsi tarvitsee sanavarastoa ja asiallista tietoa esimerkiksi perheväkivallasta ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Tietoa voidaan antaa erilaisten lapsille tarkoitettujen kirjojen, videoiden ja pelien avulla. Lapselle kerrotaan oman ympäristönsä mahdollisista vaaroista ja kehoitetaan kuuntelemaan myös omia sisäisiä varoitussignaaleja. Lapsen kanssa

harjoitellaan, miten uhkaavissa tilanteissa käytännössä toimitaan ja mitä ovat turvalliset paikat ja keitä turvalliset, luotettavat ihmiset (Vickerman & Margolin 2007, 622). Lasta opetetaan pyytämään apua niin kauan kunnes apua todella saa. (Cohen ym. 2006, 160–162, Terr 2013, 60.)

Lasta opetetaan kommunikoidaan tunteitaan ja halujaan selkeästi ja avoimesti. Keskustellaan oman kehon rajoista sekä sopivista ja sopimattomista kosketuksista esimerkein ja käyttäen ruumiinosien oikeita nimiä. Lasta opetetaan sanomaan ei ja poistumaan epämiellyttävistä tilanteista sekä kertomaan asiasta luotettavalle aikuiselle mahdollisimman pian. Lapselle on hyvä kertoa myös yllätyksien ja salaisuuksien ero. Lisäksi lapselle tulee kertoa, etteivät opitut taidot takaa turvallisuutta, mutta auttavat lasta toimimaan tulevaisuudessa vastaavissa tilanteissa. (Cohen ym. 2006, 162, 164–165; Jones & Morris 2007, 226–227.) Lasta on tärkeä myös muistuttaa, että aikuiset työskentelevät yhdessä taatakseen lapsen turvallisuuden (Cohen ym. 2010, 218).

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimuksen eettisiä vaatimuksia ovat muun muassa tutkijan aito kiinnostus uuden tiedon hankkimiseen, tunnollisuus tiedonhankinnassa, rehellisyys sekä toisten tutkijoiden kunnioitus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Opinnäytetyön tekijät olivat aidosti kiinnostuneita kehittämästään aiheesta ja sitä tarjottiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. Tiedonhankinta toteutettiin tunnollisesti ja siihen käytettiin runsaasti aikaa. Tiedonhaussa pyrittiin huolellisuuteen ja tarkkuuteen kirjaamalla tiedonhaun vaiheita ja tuloksia ylös sitä mukaa, kun hakuja toteutettiin.

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa yleensä erityistä huomiota vaativat tutkittavia koskevat eettiset periaatteet, kuten heidän autonomiansa, yksityisyydensuojansa sekä haittojen estäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–218). Kirjallisuuskatsauksessa ei kuitenkaan olla tekemisissä tutkittavien ihmisten vaan jo tehtyjen tutkimusten kanssa, jolloin eettiset vaatimukset kohdistuvat pääasiassa hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Tämä tarkoittaa tutkijan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työn jokaisessa vaiheessa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää muiden tutkijoiden työn kunnioittamiseen. Toisen kirjoittamaa tekstiä ei saa ottaa omiin nimiinsä, vaan asianmukaiset lähdetiedot tulee aina löytyä sekä tekstistä että lähdeluettelosta. Opinnäytetyön tekijä ei myöskään saa syyllistyä väärin tietojen esittämiseen, johon kuuluvat muun muassa tekaistut havainnot, havaintojen vääristely sekä olennaisten tulosten tai tietojen esittäminen jättäminen. (Leino-Kilpi 2009, 364; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 174–176, 224–225.)

Opinnäytetyössä tutkijoiden työtä kunnioitettiin kirjaamalla lähdeviitteet tekstiin tarkasti ja varmistamalla, että lähdeluettelosta löytyy tiedot kaikesta työssä käytetystä aineistosta. Väärin tietojen esittämistä vältettiin tiedostamalla omat ennakkokäsitykset ja tiedot kirjallisuuskatsauksen aiheesta antamatta niiden vaikuttaa tuloksiin. Työssä käytetyt lähteet olivat suurimmaksi osaksi englanninkielisiä, joten on otettava huomioon käännösvirheiden mahdollisuus. Näitä pyrittiin opinnäytetyötä tehdessä välttämään keskustelemalla epäselvistä kohdista ja ilmauksista sekä pyytämällä tarvittaessa ulkopuolis-

tenkin mielipidettä. Opinnäytetyön tekijöillä on kokemusta traumojen hoidosta lasten- ja nuorisopsykiatrialla, mikä oli hyödyksi tarkasteltaessa ja yritettäessä ymmärtää traumahoitotyön erityispiirteitä ja kokonaisuutta opinnäytetyötä tehdessä sekä arvioitaessa kansainvälisen aineiston soveltuvuutta suomalaiseen hoitokulttuuriin.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu pääasiassa tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkka ja selkeä selostus lisää luotettavuutta. (Nieminen 2006, 216, 219–220; Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen vaiheet on pyritty avaamaan mahdollisimman selkeästi niin, että lukija pystyy seuraamaan katsauksen etenemistä ja tekijöiden päättelyä.

Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen toistettavuus eli reliabiliteetti sekä yleinen virheettömyys ovat erityisen tärkeitä, sillä huolimattomasti tehty kirjallisuuskatsaus tuottaa virheellistä tietoa, josta ei ole hyötyä esimerkiksi hoitotyön kehittämisen kannalta. Luotettavan kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii myös vähintään kahden tekijän yhteistyötä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.) Tätä kirjallisuuskatsausta on ollut toteuttamassa kaksi tekijää. Kumpikaan tekijöistä ei ole aikaisemmin tehnyt kirjallisuuskatsausta eikä opinnäytetyötä, joten vähäinen kokemus on luotettavuutta vähentävä tekijä tässä työssä.

Hyvä tutkimussuunnitelma on tärkeä lähtökohta luotettavan kirjallisuuskatsauksen tekemiseksi. Se rajaa tutkittavan aiheen tarpeeksi kapealle alueelle ja ohjaa kirjallisuuskatsauksen jokaista vaihetta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.) Tämän opinnäytetyön suunnitelma valmistui marraskuussa 2012, jonka jälkeen se hyväksyttiin sekä opinnäytetyön ohjaajalla että työelämäyhteydellä. Lupa opinnäytetyön tekemiseen saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä 20.12.2012. Työelämäyhteyden kanssa sovittiin opinnäytetyön rajaamisesta siten, että työssä vältettäisiin terapiamenetelmien luettelomaista esittämistä ja keskityttäisiin hoitotyön keinoihin.

Tutkimussuunnitelman tulee sisältää tutkimuksen tarkoitus sekä käytettävän aineiston sisäänottokriteerit. Sisäänottokriteerien tulee olla tarkkaan valitut, täsmälliset ja tarkoituksenmukaiset. Näissä tulee ottaa huomioon muun muassa mahdollinen kieliharha, jos katsaukseen ei oteta mukaan kaikenkielistä aineistoa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47–49.) Tämän opinnäytetyön suunnitelma sisälsi laajan teoriaosuuden aiheesta sekä haku-

prosessin suunnitelman, jossa oli tarkkaan mietitty sisäänottokriteerejä, hakusanoja sekä kuvattu luettelo käytettävistä tietokannoista. Jo alussa päätettiin, että mukaan otetaan vain suomen- ja englanninkielisiä lähteitä, sillä muiden kielten osaaminen ei ollut tekijöillä tarpeeksi vahvaa. Tämä saattoi johtaa joidenkin kirjallisuuskatsauksen aiheen kannalta relevanttien tutkimusten poisjäämiseen.

Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta kriittinen vaihe, sillä epäonnistunut hakuprosessi johtaa väistämättä epäluotettaviin tuloksiin. Hyvä hakustrategia parantaa tulosten luotettavuutta ja hakustrategian muodostamisessa on kannattavaa käyttää apuna kirjastoalan asiantuntijan apua. Hakustrategian ja aineiston keruun tarkka kirjaaminen mahdollistaa lukijalle näiden arvioinnin. Halutessaan lukijan tulisi pystyä toistamaan haku ja saamaan samat lopputulokset. (Flinkman & Salanterä 2007, 91; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49.) Tämän kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi suunniteltiin huolellisesti ennen kuin hakuja alettiin tehdä. Sisäänottokriteerit ja hakusanat päätettiin etukäteen, ja käytettävät tietokannat kartoitettiin huolellisesti. Hakusanoja määritettiin MeSH-termien, Ysa-asiasanojen ja vapaasanahaun avulla. Hakulausekkeiden muodostuksessa käytettiin apuna Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston järjestämää tiedonhankinnan työpajaa. Aineiston keruu on avattu lukijalle tekstissä ja hakutaulukosta (liite 1) löytyy tiedot käytetyistä tietokannoista, hakulausekkeista sekä aiheeseen liittyvien viitteiden määristä otsikko- ja abstraktitasolla.

Elektroniset tietokantahaut tuottavat yleisesti suuren määrän tuloksia, joista monet ovat epäolennaisia aiheen kannalta, mutta luotettavuuden vahvistamiseksi tulee kaikki viitteet tarkistaa ainakin otsikkotasolla. Otsikoiden perusteella valittuja abstrakteja tulisi vähintään kahden ihmisen itsenäisesti lukea. Elektronisen tietokantahaun lisäksi on hyvä etsiä aineistoa myös manuaalisesti, jotta tietokantojen ulkopuolella olevat tutkimukset eivät jäisi pois aineistosta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51.) Integroidun kirjallisuuskatsauksen ollessa kyseessä, pyritään käyttämään kaikkia mahdollisia tiedonhakumenetelmiä, jotta aineistoon saataisiin mahdollisimman laaja otos aiheita käsittelevistä julkaisuista (Flinkman & Salanterä 2007, 91). Tässä kirjallisuuskatsauksessa elektronisia hakuja tehtiin yhteensä 14 tietokannasta, jotta saatiin mahdollisimman laaja otos aiheeseen liittyvästä aineistosta. Lisäksi aineistoa etsittiin manuaalisesti useasta eri kirjastosta sekä tutkimusten lähdeluetteloita selaamalla. Elektronisia ja manuaalisia hakuja tehtiin myös 22 lehteen hoitotyön, psykiatrian ja psykologian alalta. Molemmat tekijät

lukivat valitut abstraktit itsenäisesti ja lopullinen aineisto muodostettiin pohtimalla yhdessä jokaisen artikkelin tai teoksen tarkoituksenmukaisuutta aiheen kannalta.

Aineiston analysointi on myös kriittinen vaihe kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Siinä voi helposti tehdä virheitä, jotka johtavat katsauksen luotettavuuden vähenemiseen. Tästä syystä analyysia tulisi suunnitella jo etukäteen. Tuloksiin ei myöskään saa hypätä liian nopeasti, vaikka analyysi tuottaisi jo alussa hyvältä kuulostavia vastauksia. Analyysi on valmis vasta kun koko aineisto on käyty huolellisesti läpi ja se on saatu tiivistettyä merkitykselliseksi kokonaisuudeksi. (Flinkman & Salanterä 2007, 95–96.) Valitun aineiston läpikäymiseen käytettiin tässä kirjallisuuskatsauksessa paljon aikaa ja molemmat tekijät lukivat koko aineiston ensin itsenäisesti, minkä jälkeen aineistoa käytiin yhdessä läpi. Lopullinen ryhmittely tehtiin vasta tekijöiden saatua kokonaisvaltaisen kuvan kaikista tutkimuksista ja muusta aineistosta. Ryhmittelyn jälkeen käytiin aineisto vielä läpi tarkastaen, että mitään oleellista ei ollut jäänyt huomaamatta. Sama toistettiin myös tulososion kirjoittamisen jälkeen.

Opinnäytetyön aineisto koostui kansainvälisistä lähteistä, koska hoitotyötä käsittelevää tietoa ei lasten kompleksin traumatisoitumisen hoidosta suomeksi ollut saatavilla. Myös osassa käytettyä kansainvälistä aineistoa kirjoitetaan terapeuttisista menetelmistä ja keinoista määrittelemättä tarkemmin niiden käyttäjää. Kansainvälinen materiaali ei aina välttämättä ole täysin siirrettävissä suomalaiseen hoitokulttuuriin.

6.2 Yhteenveto

Lasten traumatisoitumista on tutkittu jo useiden vuosikymmenien ajan ja 2000-luvulla huomio on tiiviisti kiinnittynyt lapsiin kohdistuvan toistuvan väkivallan, seksuaalisen hyväksikäytön tai muun kaltoinkohtelun aiheuttamiin komplekseihin traumoihin (Spinazzola ym. 2005, 434). Useat asiantuntijat tunnustavat vakavan traumaperäisen stressihäiriön erotuksena yksittäisen trauman seurauksista, vaikka yhtenäistä kompleksin trauman oireet kokoavaa kriteeristöä ei nykyisin käytössä olevissa tautiluokituksissa olekaan (Boon ym. 2011, 32, 39). Kompleksin trauman seurauksiksi ymmärretään vaikeiden stressihäiriön oireiden lisäksi tunteiden ja impulssien hallinnan sekä sosiaalisten suhteiden vaikeudet, muutokset tarkkaavaisuudessa ja tietoisuudessa sekä itseä koske-

vissa havainnoissa ja merkitysjärjestelmissä sekä lisäksi somaattiset oireet (van der Kolk 2005, 404; van der Hart ym. 2009, 120–121; Boon ym. 2011, 40–41).

Ammattilaiset eivät ole yhtä mieltä parhaiten soveltuvista hoitomenetelmistä vaikeasti traumatisoituneille lapsille johtuen osittain tutkitun tiedon puutteesta (Spinazzola ym. 2005, 437). Tätä opinnäytetyötä tehdessä havaittiin erityisesti hoitotyön tutkimuksen traumatisoituneiden lasten auttamisesta olevan vähäisistä ja hoitajilla olevan vain vähän mahdollisuuksia oman alan näyttöön perustuvaan toimintaan aiheeseen liittyen (Cornell & Hamrin 2009, 45). Kansainvälisesti on saatavilla runsaasti malleja erilaisista terapi-oista traumatisoituneiden lasten hoidossa (The National Child Traumatic Stress Net-work n.d.), mutta tutkittua tietoa tarvitaan hoitotyön keinojen nimeämiseksi ja toimin-nan perustelemiseksi, sillä toiminta lastenpsykiatrisilla osastoilla on pitkälti perustunut intuitiiviseen toimintaan (Salenius & Salanterä 2009, 128). Opinnäytetyön toteuttamisen integroituna kirjallisuuskatsauksena toivottiin tuovan uutta tietoa hoitotyön keinoista näiden lasten auttamiseksi ja toiminnan perustelemiseksi tai vähintäänkin osoittavan tiedon nykyinen tila ja kartoittavan jatkotutkimusaiheita.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan lastenpsykiatrisessa hoidossa korostuu luottamuk-sellinen omahoitajasuhde, jonka avulla tuetaan lapsen turvallisuuden tunnetta, arjessa selviytymistä ja kartoitetaan lapsen avun tarvetta (Friis ym. 2006, 153; Salenius & Sa-lanterä 2009, 124–126). Myös opinnäytetyön tulokset tukevat terapeutin hoitosuhteen ja strukturoidun osastoympäristön merkitystä traumatisoituneen lapsen hoidossa. Sa-leniuksen ja Salanterän (2009) tutkimuksessa hoitajat mainitsivat auttamiskeinoiksi lap-sen pahan olon tunnistamisen ja helpottamisen, auttamisen ymmärretyksi tulemisessa, turvallisen aikuisuudenmallin antamisen, rajojen asettamisen, lapsen voimavarojen ja vahvuuksien etsimisen sekä itsetunnon, itseilmaisun ja itsehillinnän vahvistamisen (Sa-lenius & Salanterä 2009, 124–126).

Myös opinnäytetyön tulosten mukaan traumatisoituneiden lasten hoidossa tulee vahvis-taa lapsen hallintakeinoja, tunnetaitoja ja sosiaalisia taitoja sekä tukea lapsen identiteet-tiä ja itsetuntoa (Cohen ym. 2006, 82, 87, 99; Arvidson ym. 2011, 42–45). Nämä taidot luovat vakaata pohjaa lapselle ja mahdollistavat myöhemmin myös traumatisoivien ta-paumien käsittelyn verbaalisin tai non-verbaalisin keinoin (Cohen ym. 2006, 107–108, 136; Gil 2009, 27–30). Lisäksi opinnäytetyön tulokset erittelevät hoidon tärkeinä ele-mentteinä vanhempien osallistumisen hoitoon (Gil 2009, 85; Terr 2013, 62), läpi hoidon

toteutettavan psykoedukaation (Cohen ym. 2006, 59; Mitchell ym. 2007, 6) ja tulevaisuutta varten harjoiteltavat turvallisuustaidot (Cohen ym. 2006, 158–162; Jones & Morris 2007, 227–228). Kaikkien näiden osa-alueiden kehittäminen on ymmärrettävää myös tarkasteltaessa kompleksin traumatisoitumisen oirekuva (Arvidson ym. 2011, 35).

Traumahoidon haasteena on potilaiden erilaisuus, jolloin samanlaisen trauman kokeneet lapset voivat oireilla eri lailla tai eritaustaiset samankaltaisesti. Hoidossa tulee huomioida lapsen yksilöllisyys, mikä tarkoittaa hoidon ajoituksen, intensiteetin, toteutustavan ja -järjestyksen tarkkaa harkintaa. Laaja paletti erilaisia keinoja ja toimintatapoja on tarpeen, jotta voi auttaa lasta hänen tarpeidensa mukaan. (Gil 2009, 35.) Hoitoa ei siis tule toteuttaa jäykän kaavan mukaan, vaan lapsen tarpeisiin suhteuttaen. Lapsella tulee kuitenkin aina olla tarvittavat keinot ja taidot traumamuistojen aiheuttaman oireilun hallitsemiseksi ennen trauman käsittelyä (Cohen ym. 2006, 119, 122–125), mikä opinnäytetyön tuloksena on yhtenevä muun trauman vakauttamisen ja käsittelyn periaatteita koskevan tiedon kanssa (Boon ym. 2011). Tulevaisuutta tukevien turvallisuustaitojen opettelu tulisi sen sijaan sijoittua trauman käsittelyn jälkeen, jotta lapsella on ollut jo mahdollisuus käsitellä traumaan liittyviä syylisyyden tunteitaan (Cohen ym. 2006, 157–159). Lisäksi hoitajan on tärkeä ymmärtää, mitkä tekijät edistävät selviytymistä traumaattisista kokemuksista ja pyrkiä tukemaan lapsen omia suojaavia tekijöitä ja vähentämään riskitekijöitä resilienssin kasvattamiseksi ja lapsen eheytymiseksi (Faust & Katchen 2004, 429; Tufnell 2009, 319; D’Andrea ym. 2012, 195).

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö osoittaa aukon systemaattisesti tutkitussa hoitotyön tiedossa traumatisoituneiden lasten auttamiseksi. Menetelmiä hoitotyön tutkimiseksi tulisi kehittää ja lasten traumatisoitumisen hoitoa tutkia systemaattisesti enemmän, jotta saataisiin tietoa interventioiden vaikuttavuudesta traumatisoituneilla lapsilla. Psykiatrian näkökulmasta kognitiivisen psykoterapian sovellukset näyttävät olevan tutkituimpia ja ehkä ne siksi usein osoittavat suurinta vaikuttavuutta. Hoitotyön kannalta jatkossa olisi syytä selvittää lasten traumahoidossa käytettävien eri terapeuttisten menetelmien soveltuvuutta hoitajan työkaluiksi.

Jatkossa voisi tutkia tarkemmin myös erilaisia traumatisoitumisen aiheuttajia, kuten kiusaamiseen tai kivuliaisiin toimenpiteisiin liittyviä traumoja sekä niiden ehkäisyä ja hoitoa. Myös lasten traumojen hoidon ikä- ja kulttuurisidonnaisuuden tarkempi tarkastelu olisi tarpeen. Lisäksi jatkossa olisi tarpeen edelleen selvittää neurobiologisen ja -psykologisen tiedon soveltamisen mahdollisuutta myös hoitotyön käyttöön nykyistä enemmän.

LÄHTEET

Aideuis, D. 2007. Promoting Attachment and Emotional Regulation of Children with Complex Trauma Disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 3 (4), 546-554.

American Psychiatric Association. 2013. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Luettu 7.9.2013. <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C. & Blaustein, M. 2011. Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child and Adolescent Trauma* 4 (1), 34-51.

Barker, P. 2004. *Basic Child Psychiatry*. Seventh Edition. Malden: Blackwell Publishing.

Becker-Weidman, A. & Hughes, D. 2008. Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child and Family Social Work* 13 (3), 329-337.

Becker-Weidman, A. & Shell, D. (toim.). 2008. *Auta lasta kiintymään. Vuorovaikutteinen kehityopsykoterapia traumaperäisen kiintymyshäiriön hoidossa*. Suom. Ritanen, L. Tampere: PT-kustannus.

Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen: Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Suom. Holländer, P. Ensimmäinen painos. Helsinki: Traumaterapiakeskus.

Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. & Green, B. 2011. Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress* 24 (6), 615–627.

Cohen, J., Berliner, L. & Mannarino, A. 2010. Trauma Focused CBT for Children with Co-occurring Trauma and Behavior Problems. *Child Abuse & Neglect* 34 (4), 215-224.

Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. 2006. *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.

Cohen, J. & Scheeringa, M. 2009. Posttraumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 11 (1), 91–99.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E & van der Kolk, B. 2005. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 35 (5), 390–398.

Cornell, T. & Hamrin, V. 2008. Clinical Interventions for Children With Attachment Problems. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 21 (1), 35–47.

- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. 2012. Understanding the Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry* 82 (2), 187–200.
- Delaney, K. 2009. Reducing Reactive Aggression by Lowering Coping Demands and Boosting Regulation: Five Key Staff Behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22 (4), 211–219.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2006. Näytön jäljillä –tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoidotyössä. 3. tarkistettu painos. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12.
- Faust, J. & Katchen, L. 2004. Treatment of Children with Complicated Posttraumatic Stress Reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41 (4), 426–437.
- Fitzgerald, K., Henriksen, Jr. & Garza, Y. 2012. Perceptions of Counselors Regarding the Effectiveness of Interventions for Traumatized Children. *International Journal of Play Therapy* 21 (1), 45–56.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A51/2007, 84–100.
- Friis, L., Seppänen, R. & Mannonen, M. 2006. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Gil, E. 2009. Hyväksikäytettyjen ja traumatisoituneiden lasten auttaminen. Suom. Kankaansivu, K. Kuopio: UNIPress. Alkuperäinen teos 2006.
- Green, E., Crenshaw, D. & Kolos, A. 2010. Counseling Children With Preverbal Trauma. *International Journal of Playtherapy* 19 (2), 95–105.
- Haapasalo, J. 2008. Kriminaalipsykologia. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hardy, L. 2007. Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 20 (1), 27–39.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2011a. Dissosiaatio (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyyt). Päivitetty 22.10.2011. Luettu 13.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Huttunen, M. 2011b. Konversiohäiriö. Päivitetty 5.11.2011. Luettu 21.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A51/2007, 3–9.

Jones, F. & Morris, M. 2007. Working with child sexual abuse: a systematic perspective on whether children need to tell their therapist details of the abuse for healing to take place. *Journal of Family Therapy* 29, 222–237.

Joshi, P., O'Donnell, D., Cullins, L. & Lewin, S. 2006. Children Exposed to War and Terrorism. Teoksessa Feerick, M. & Silverman, G. (ed.) *Children Exposed to Violence*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 53–84.

Kallio, P. & Tupola, S. 2004. Lapsen fyysinen pahoinpitely. Teoksessa Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. (toim.) *Lapsen kaltoinkohtelu*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 87–101.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Katz, C. & Hamama, L. 2013. “Draw Me Everything That Happened to You”: Exploring Children’s Drawings of Sexual Abuse. *Children and Youth Services Review* 35 (5), 877–882.

Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. 2005. Attachment, Self-regulation, and Competency. *Psychiatric Annals* 35 (5), 424–430.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (toim.) 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa –WHO:n raportti. Suom. Salomaa, E. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Alkuperäinen teos 2002.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.

Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä*. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Levine, P. & Frederick, M. 2008. Kun tiikeri herää. Suom. Pekkarinen, I. Oulu: Traumaterapiakeskus.

Lundy, H. & McGuffin, P. 2005. Using Dance/Movement Therapy to Augment the Effectiveness of Therapeutic Holding with Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 18 (3), 135–145.

Macdonald, G., Higgins, J., Ramchandani, P., Valentine, J., Bronger, L., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G. & Taylor, M. 2012. Cognitive-behavioral Interventions for Children who Have Been Sexually Abused. *Campbell Systematic Reviews* 8 (14), 5–110.

Mitchell, A., Wesner, S., Garand, L., Gale, D., Havill, A. & Brownson, L. 2007. A Support Group Intervention for Children Bereaved by Parental Suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 20 (1), 3–13.

Moilanen, I. 2004. Somaattisesti sairastuneet ja vammaiset lapset ja nuoret. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 357–371.

- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY. 215–221.
- Paaksioksa, A., Erkolahti, R., Ilonen, T. & Saarijärvi, S. 2003. Dissosiativinen oireilu tavallista psykiatrisessa hoidossa olevilla lapsilla -traumat taustalla. *Suomen lääkäri* 58 (37), 3649–3654.
- Paavilainen, E. & Flinck, A. 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. *Hoitotyön suositus*. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Luetu 10.11.2012. www.hotus.fi
- Pekkala, E. 2001. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Voutilainen, P., Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peiponen, A. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2001: Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: Tammi. 58–68.
- Peltonen, K. 2011a. Kehitys- ja ikäkausipsykologia 1. Luento. 7.4.2011. Tampereen avoin yliopisto. Tampere.
- Peltonen, K. 2011b. Children and Violence. Nature, consequences and interventions. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Piha, J. 2004a. Erikoissairaanhoito. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 386–390.
- Piha, J. 2004b. Osastohoito hoitomenetelmänä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 422–426.
- Pojjula, S. 2007. Lapsi ja kriisi. Selviytymisen tukeminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Pudas-Tähkä, S-M & Axelin, A. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A51/2007, 46–57.
- Punamäki, R-L. 2008. Trauma Among Children and Adolescents: Developmental Aspects. *European Trauma Bulletin* 1/2008, 5–12.
- Robarts, J. 2006. Music Therapy with Sexually Abused Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 11 (2), 249–269.
- Saarijärvi, P., Rothschild, B., Solomon, R., Katajisto, J., Vainikainen, K., Pettersson, P., Suokas-Cuncliffe, A., van der Hart, O. & Boon, S. 2003. Matkalla eheäksi ja eläväksi: Traumatapainakeskuksen loppuraportti 1999-2002. Oulu: Traumatapainakeskus.
- Salenius, P. & Salanterä, S. 2009. Omahoitajan toiminta lastenpsykiatrisella osastotutkimusyksiköllä. *Hoitotiede* 21 (2), 120–130.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62 / Julkisjohtaminen 4. Vaasan yliopisto.

Salo, E. & Ståhlberg, M-R. 2004. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Teoksessa Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. (toim.) Lapsen kaltoinkohtelu. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 102-116.

Silberg, J., Waters, F., Nemzer, E., McIntee, J., Wieland, S., Grimmer, E., Nordquist, L. & Emson, E. 2004. Guidelines for Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Trauma and Dissociation* 5 (3), 119-150.

Sinkkonen, J. 2004. Lapsen emotionaalinen kaltoinkohtelu. Teoksessa Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. (toim.) Lapsen kaltoinkohtelu. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 75-86.

Sorri, P. 2006. Munchhausen-oireyhtymä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122 (5), 537-543.

Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S & Blaustein, M. 2005. Survey Evaluates: Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 35 (5), 433-439.

Stolbach, B. 2007. Developmental Trauma Disorder: A new Diagnosis for Children Affected by Complex Trauma. *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* 25 (6), 4-6.

Söderholm, A. 2004. Lapsen laiminlyönti. Teoksessa Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. (toim.) Lapsen kaltoinkohtelu. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57-74.

Terr, L. 2003. Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 1 (3), 322-333.

Terr, L. 2013. Treating Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 22 (1), 51-66.

The National Child Traumatic Stress Network. National Child Traumatic Stress Network Empirically Supported Treatments and Promising Practices. Luettu 11.9.2013. <http://www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices>

Tufnell, G. 2009. Working with Children who Have Trauma-related Disorders. *Psychiatry* 8 (8), 319-321.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. Painos. Helsinki: Tammi.

Uemoto, M., Asakawa, A., Takamiya, S., Asakawa, K. & Inui, A. 2012. Kobe Earthquake and Post-Traumatic Stress in School-Aged Children. *International Journal of Behavioral Medicine* 19 (3), 243-251.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. 2009. Vainottu mieli: Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Ensimmäinen painos. Oulu: Traumaterapiakeskus.

Van der Kolk, B. 2005. Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals* 35 (5), 401–408.

Vickerman, K. & Margolin, G. 2007. Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice* 38 (6), 620-628.

LIITTEET

Liite 1. Hakutaulukko

TIETOKANTA	VIITTEITA	OTSIKON PERUSTEELLA	ABSTRAKTIN PERUSTEELLA	AINEISTOON VALITUT
COCHRANE children AND trauma AND treatment OR in- terventions	212	14	5	1
PSYCNET children AND trauma AND treatment	98	5	3	1
children AND trauma AND interventions	29	5	5	3
OVID children AND trauma AND treatment	747			
children AND trauma AND interventions	73	6	0	0
OPENACCESS children AND trauma AND treatment OR in- terventions	112	28	5	0
PILOTS DATABASE children AND complex trauma AND treatment OR interventions	116	23	10	2
JBI children AND trauma	168	10	3	0
PUBMED children AND complex trauma AND interventions	17	6	0	0
children AND complex trauma AND treatment	111	9	0	0

CINAHL child* AND trauma AND interventions	70	3	0	0
child* AND trauma AND treatment	207	3	1	1
SCIENCE DIRECT children AND "complex trauma" AND treatment OR interventions	256	7	4	4
ERIC children AND trauma AND interventions	108	3	0	0
children AND trauma AND treatment	166	4	1	1
ARTO laps? AND trauma	4	0	0	0
ALEKSI laps* JA trauma JA hoito TAI interventiot	30	6	0	0
GOOGLE SCHOLAR children AND trauma AND treatment OR interventions (<i>all in title</i>)	101	6	2	0
MEDIC laps* AND trauma	6	0	0	0
child* AND trauma	7	0	0	0
Yhteensä	2638	138	39	13

Liite 2. Lehtihaut

LEHDET	OTSIKON PERUSTEELLA	AINEISTOON VALITUT
American Journal of Psychiatry	5	0
American Journal of Psychotherapy	1	0
Advances in Nursing Science	1	0
British Medical Journal	0	0
British Journal of Psychiatry	6	0
Clinical Child Psychology and Psychiatry	3	1
Clinical Therapeutics	0	0
Family Therapy	3	1
International Journal of Nursing Practice	0	0
Journal of Advanced Nursing	0	0
Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing	9	4
Journal of Child and Adolescent Trauma	3	1
Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines	0	0
Journal of Clinical Psychiatry	0	0
Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families	2	0

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	3	0
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	2	0
Psychiatric Annals	1	1
Psychiatric Clinics of North America	2	0
Psykologia	3	0
Psykoterapia	0	0
Therapia	0	0
Yhteensä	44	8

Liite 3. Aineistotaulukko

Tekijä(t) ja vuosi	Nimi	Aineistotyyppi	Sisältö
Aideuis, D. 2007	Promoting Attachment and Emotional Regulation of Children with Complex Trauma Disorder	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Kompleksisesta traumahäiriöstä kärsivien lasten hoidossa tulee käyttää monia eri lähestymistapoja, sillä lapset oireilevat hyvin erilaisilla tavoilla. - Hoitoa toteutettaessa tulisi olla käytössä monia eri työvälineitä, joista jokaiselle lapselle voidaan valita juuri hänelle parhaiten sopivat.
Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C. & Blaustein, M. 2011	Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model	Tutkimusartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - ARC-mallin käyttöä voidaan soveltaa eri-ikäisille ja erilaisia traumoja kokeneille lapsille. - Hoito on kannattavaa sitoa lapsen kotiympäristöön.
Becker-Weidman, A. & Hughes, D. 2008	Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Kehityksellistä vuorovaikutusterapiaa käytetään erityisesti kiintymyshäiriöisten lasten hoidossa, mutta sen on todettu soveltuvan myös kompleksisen trauman hoitoon. - Perheterapiamuoto, jossa pyrkimyksenä on muodostaa lapsen ja huoltajan välille turvallinen ja hoitava suhde.

Becker-Weidman, A. & Shell, D. 2008	Auta lasta kiintymään –Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia traumaperäisen kiintymyshäiriön hoidossa	Kirja	<ul style="list-style-type: none"> - Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia. - Trauman ratkaisemisessa auttavia tekijöitä. - PACE-asetus.
Cohen, J., Berliner, L. & Mannarino, A. 2010	Trauma Focused CBT for Children with Co-occurring Trauma and Behavior Problems	Tutkimusartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Traumaan liittyviä käytösongelmia voidaan hoitaa osana traumakeskeistä kognitiivis-behavioraalista terapiaa. - Hoidon tulee kuitenkin jatkuvasti liittyä traumaan ja sen käsittelemiseen, ja lapsen käytösongelmien tulee olla traumasta johtuvia, jotta niitä pystytään tällä tavoin hoitamaan.
Cohen J., Mannarino, A. & Deblinger, E. 2006	Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents	Kirja	<ul style="list-style-type: none"> - Traumasuuntautuneen kognitiivis-behavioraalisen terapian malli. - Lasten traumojen hoidon 10 komponenttia.
Cornell, T. & Hamrin, V. 2008	Clinical Interventions for Children with Attachment Problems	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Käytetyimmät hoitomuodot kiintymyssuhdehäiriöiden hoitoon ovat psykoedukaatio ja psykoterapia. - Vaikuttaa siltä, että biologiset ja sijoituslapset tarvitsevat erilaisia interventioita. Sijoituslapsien kiintymyssuhteen hoidossa tulisi huomion kiinnittyä lasten sisäisten representaatioiden korjaamiseen.
Delaney, K. 2009	Reducing Reactive Aggression by Lowering Coping Demands and Boosting Regulation: Five Key Staff Behaviors	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitohenkilökunta voi vähentää lasten aggressiivista käyttäytymistä empaattisella virittyneisyydellä ja olemalla läsnä, säilyttämällä positiivisen sävyn vuorovaikutuksessa, lisäämällä turvallisuutta ymmärrettävillä säännöillä, luomalla ennustettavan ympäristön ja asettamalla sopivia odotuksia.

Faust, J. & Katchen, L. 2004	Treatment of Children with Complicated Posttraumatic Stress Reactions	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Komplisoituneet traumareaktiot aiheuttavat lapselle monenlaisia vaikeuksia, eikä yksikään lapsi reagoi traumaan yhdenmu- kaisella tavalla. - Hoidossa otettava huomioon erityisesti lapsen ikä, turvallisen ympäristön järjestäminen, mahdolliset surureaktiot sekä per- hesuhteiden tärkeys.
Fitzgerald, K., Hen- riksen, R. & Garza, Y. 2012	Perceptions of Coun- selors Regarding the Effectiveness of Inter- ventions for Trauma- tized Children	Tutkimusartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Traumoja kokeneiden lasten hoidossa on tärkeää valita jokai- selle lapselle yksilöllisesti sopivia hoitokeinoja. Esimerkiksi leikkiterapian komponentteja voidaan käyttää apuna traumojen hoidossa, vaikkei hoitoa antava henkilö olisikaan rekisteröity leikkiterapeutti.
Gil, E. 2006	Hyväksikäytettyjen ja traumatisoituneiden lasten auttaminen	Kirja	<ul style="list-style-type: none"> - Kaltoinkohdeltujen ja traumatisoituneiden lasten kanssa työ- kentelyn perusperiaatteet. - Integroitu hoitomalli. - Kognitiivinen käyttäytymisterapia. - Ekspressiiviset terapiamuodot.
Green, E., Crenshaw, D. & Kolos, A. 2010	Counseling Children with Preverbal Trau- ma	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Leikkiterapialla on saatu lupaavia tuloksia 0-2-vuotiaina trau- matisoituneiden lasten hoidossa. - Ilmaisuterapian kautta mahdollista päästä korjaamaan lapsen varhaisia, sanattomassa muodossa olevia traumakokemuksia.

Hardy, L. 2007	Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Kiintymyssuhdehäiriöiden hoidosta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa. - Hoidossa huomioitavaa toimiva terapeutin suhde, vanhempien ohjaus, psykoedukaatio ja lapsen itsetunnon tukeminen.
Jones, F. & Morris, M. 2007	Working with child sexual abuse: a systemic perspective whether children need to tell their therapist details of the abuse for healing to take place	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Traumakokemuksen jakaminen ei ole lapsilla välttämätöntä eheytyksen edellytys terapiassa . - Lapsen tarinan kuullut ja uskonut vanhempi, jolta lapsi saa tukea vähentää lapsen tarvetta käsitellä asiaa terapiassa uudelleen.
Katz, C. & Hamama, L. 2013	“Draw Me Everything That Happened to You”: Exploring Children’s Drawings of Sexual Abuse	Tutkimusartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Lapset kykenevät monesti ilmaisemaan itseään ja tunteitaan paremmin piirtämisen kuin sanojen avulla. - Vaikean kokemuksen piirtäminen antaa väylän tutkia tapahtunutta ilman siihen liittyviä ylivoimaisia tunnereaktioita ja mahdollistaa siten traumamuistojen järjestäytymisen eheäksi kokonaisuudeksi.
Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. 2005	Attachment, Self-regulation, and Competency	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisoituneet lapset tarvitsevat joustavia hoitomuotoja - ARC-malli on kehitetty vastaamaan tätä tarvetta antamalla ohjenuoria yksilöllisiin hoitomuotoihin.

Lundy, H. & McGuffin, P. 2005	Using Dance/Movement Therapy to Augment the Effectiveness of Therapeutic Holding with Children	Tutkimusartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitohenkilöstö ja lapsipotilaat ymmärtävät kiinnipidon taroituksen, mutta epäilevät sen terapeuttisuutta. - Tanssi- ja liiketerapian koulutus vähensi hoitohenkilöstön tarvetta fyysiseen rajoittamiseen. - Koulutuksen jälkeen hoitohenkilöstö käytti kiinnipitoa perustellummin.
Macdonald, G., Higgins, J., Ramchandani, P., Valentine, J., Bronger, L., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G. & Taylor, M. 2012	Cognitive-behavioral Interventions for Children who Have Been Sexually Abused	Systemaattinen katsaus	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitiivis-behavioraalisella terapialla voidaan vähentää seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten masennusoireita, posttraumaattisen stressireaktion oireita sekä ahdistusta.
Mitchell, A., Wesner, S., Garand, L., Gale, D., Havill, A. & Brownson, L. 2007	A Support Group Intervention for Children Bereaved by Parental Suicide	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Lasten tukiryhmä auttaa lasta ymmärtämään ja käsittelemään vanhemman itsemurhaa. - Ryhmäinterventio vaikuttaa toimivalta näiden lasten keskuudessa ja virallisia tutkimuksia aiheesta tarvitaan.
Robarts, J. 2006	Music Therapy with Sexually Abused Children	Asiantuntija-artikkeli	<ul style="list-style-type: none"> - Musiikki mahdollistaa ilmaisun siirtymisen sensoriselta ja esikielelliseltä tasolta kehittyneemmälle. - Musiikkiterapiassa seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset voivat oppia uusia tapoja olla läsnä, kehittää selkeämpää kuvaa itsestään ja työskennellä läpi trauman aiheuttaman psyykkisen tuhon.

Silberg, J., Waters, F., Nemzer, E., McIntee, J., Wieland, S., Grimminck, E., Nordquist, L. & Emsond, E. 2004	Guidelines For Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents	Hoitosuositus	- Dissosiativisten oireiden arviointi ja hoito lapsilla ja nuorilla. - Hoitointerventioiden esittelyä.
Terr, L. 2013	Treating Childhood Trauma	Asiantuntija-artikkeli	- Psykodynaamisen traumahoidon kolme pääperiaatetta ovat tunneilmaisu, kognitiivinen ymmärrys traumasta sekä trauman korjaaminen käytöksen tai mielikuvituksen avulla. - Trauman hoidossa on tarkoituksenmukaista yhdistellä erilaisia hoitomuotoja, kuten leikkiterapiaa, puheterapiaa sekä vanhemmuustaitojen opettelua.
Tufnell, G. 2009	Working with Children who Have Trauma-related Disorders	Asiantuntija-artikkeli	- Kompleksinen trauma voi aiheuttaa lapselle moninaisia psyykkisiä ja fyysisiä seurauksia, jolloin hoito tulee kohdistaa kaikkiin aiheutuneisiin häiriöihin. - Hoidon tulee olla lapsen ikään ja kehitystasoon sovellettua.
Vickerman, K. & Margolin, G. 2007	Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: Treatment.	Asiantuntija-artikkeli	- Perheväkivaltaa kokeneiden lasten hoidossa on todettu hyödyllisiksi altistamishoidot, psykoedukaatio väkivallasta, poisoppiminen esim. kodin väkivaltamalleista, tunnetaitojen opettelu, sosiaaliset ongelmanratkaisutaidot sekä vanhempien psykoedukaatio ja vanhemmuustaitojen opettelu.